

ВЕСТНИК

СМОЛЕНСКОЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ

2

1920-2007



СМОЛЕНСК 2007

**ВЕСТНИК СМОЛЕНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
№2, 2007**

Стоматологический выпуск

Учредитель:

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Смоленская государственная медицинская
академия Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию»

**Журнал зарегистрирован в
Министерстве печати РФ**

Рег. св. ЭЛ № 77-6238 от 17.04.2002

Главный редактор:

В. Г. Плешков

Редакционная коллегия:

Р. С. Богачев, А. Г. Грачева, А. С. Забелин, А. Н. Ива-
нян, С. А. Касумьян, Л. В. Козлова, С. Б. Козлов, А. В.
Литвинов, В. А. Милягин, О. В. Молотков, Л. П.
Нарезкина (отв. секретарь), С. С. Никулина, А. А.
Пунин, В. А. Правдивцев, В. Н. Прилепская, А. С.
Соловьев, Я. Б. Юдельсон

Научный редактор:

А. С. Забелин

Редактор:

Е. В. Кузмина

Технический редактор:

А. В. Быстрова

Адрес редакции:

214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28,
Смоленская государственная медицинская
академия
Тел.: (4812) 55-02-75, факс: (4812) 52-01-51,
e-mail: nau@sgma.info

Подписано в печать 2.07.07 г. формат
60x84/8. Гарнитура «Journal». Тираж
150 экз.

Отпечатано:

Издательство «Универсум» 214014, Смоленск, ул.
Герцена, 2. Тел.: (4812) 64-70-49, факс: (4812) 64-
70-49 e-mail: unm@shu.ru, unm@matl.ru



ИСТОРИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАФЕДР

УДК 616.31(091)

РОЛЬ ПРОФЕССОРА А.Г. ШАРГОРОДСКОГО В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА СМОЛЕНЩИНЕ

Н.Ф. Руцкий

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

В сентябре 2007 года исполняется год, как не стало с нами замечательного человека, врача, педагога, ученого Аркадия Григорьевича Шаргородского.

В 1952 году после окончания Московского медицинского стоматологического института А.Г. Шаргородский направляется на работу в Смоленскую область, с которой связана вся его врачебная, педагогическая и общественная деятельность. Немногие знают, что в этом сыграл значительную роль В.А. Батанов, бывший ректор Смоленского медицинского института, в то время заведующий Областным комитетом здравоохранения. Именно по его рекомендации Аркадий Григорьевич направляется в Смоленскую область.

По приезду в Смоленск А.Г. Шаргородский начинает работать в Областной клинической больнице в клинике ЛОР-болезней, возглавляемой профессором Усольцевым. Для лечения стоматологических больных ему было выделено 3, а затем – 15 коек.

В 1952 году он назначается штатным главным стоматологом Смоленского Облздравотдела, обязанности которого исполнял более 40 лет. С 1953 года А.Г. Шаргородский в течение 35 лет являлся председателем Смоленского общества стоматологов, с 1975 по 1993 годы – заместителем председателя Всероссийского научного общества стоматологов.

Спустя некоторое время профессор Усольцев предлагает молодому специалисту тему для научного исследования и аспирантуру на кафедре ЛОР-болезней. Но Аркадий Григорьевич остается верен избранной профессии и все усилия направ-

ляет на создание стоматологической службы области.

Стоматологические учреждения были полностью разрушены в период Великой Отечественной войны. Поэтому развитие стоматологии в послевоенные годы началось, по существу, с нуля. В начале 1956 года была организована Смоленская областная стоматологическая поликлиника, главным врачом которой он и назначается. В области происходит планомерное развитие и расширение сети стоматологических учреждений: строятся и вводятся в действие 11 крупных стоматологических поликлиник, открывается зубохирургическое отделение Смоленского медицинского училища.

Наряду с лечебной и организаторской деятельностью Аркадий Григорьевич продолжает заниматься научной работой. Его приглашают в медицинский институт для преподавательской работы. Будучи ассистентом, затем доцентом кафедры госпитальной хирургии, возглавляемой профессором Оглоблиным, он читает курс лекций по стоматологии для студентов лечебного факультета, ведет практические занятия.

В области в то время не хватало специалистов с высшим образованием, поэтому в 1963 году по инициативе А.Г. Шаргородского в Смоленском медицинском институте открывается стоматологический факультет. С 1965 года он заведует кафедрой стоматологии, с 1967 по 2000 годы – кафедрой хирургической стоматологии. Огромные усилия А.Г. Шаргородского направлены на создание учебной базы и подготовку преподавательских кадров для

стоматологического факультета. По инициативе и при непосредственном участии А.Г. Шаргородского в 1978 году был построен стоматологический корпус, в котором ныне размещены кафедры стоматологии СГМА. Мощность стационарной базы возросла до 70 коек.

Научные интересы А.Г. Шаргородского многогранны. Основные направления научных исследований – вопросы организации стоматологической помощи, воспалительные заболевания и травма челюстно-лицевой области. В 1960 году им была защищена кандидатская диссертация на тему: «Нарушения в зубочелюстной системе при радикальных операциях на верхнечелюстных пазухах». В 1966 году А.Г. Шаргородский защищает докторскую диссертацию на тему: «Функциональные и морфологические изменения в системе тройничного нерва при переломах челюстей». В 1967 году А.Г. Шаргородскому присвоено ученое звание профессора.

А.Г. Шаргородский – автор более 300 научных работ, в 1975 году им опубликована монография «Повреждения тройничного нерва при переломах костей лица», которая в 1978 году отмечена поощрительным дипломом Минздрава РСФСР, в 1976 году А.Г. Шаргородским было опубликовано «Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии», в 1978 году – руководство для врачей «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи» (титульный редактор и автор 7 глав), в 1987 году – раздел «Хирургическая стоматология» в «Руководстве к практическим занятиям» (титульный редактор – Е.В. Боровский). А.Г. Шаргородский является редактором 22 сборников научных трудов, тезисов, докладов межобластных, областных научных конференций, учебных пособий и методических рекомендаций. Профессор А.Г. Шаргородский активно готовит научные кадры, под его руководством и при консультации выполнено 5 докторских и 25 кандидатских диссертаций.

За эти заслуги в научно-педагогической деятельности Указом президента России А.Г. Шаргородскому в 1991 году присвоено научное звание «Заслуженный деятель науки РФ».

По плану проблемного учебно-методического Совета по стоматологии Минздрава России А.Г. Шаргородским в последние годы подготовлен и издан ряд учебных пособий с грифом Минздрава РФ, вошедших в состав обязательной учебной литературы для студентов стоматологических факультетов.

Профессор А.Г. Шаргородский неоднократно включался в состав советских и российских делегаций на Международные конгрессы, всесоюзные и республиканские съезды стоматологов. Будучи заместителем председателя учебно-методического Совета по стоматологии Минздрава России, А.Г. Шаргородский был одним из авторов учебного плана стоматологического факультета, многих программ до и последипломного обучения по хирургической стоматологии. А.Г. Шаргородский являлся членом проблемной комиссии по хирургической стоматологии Межведомственного научного Совета по стоматологии РФ, членом Совета Всероссийской ассоциации стоматологов, председателем научной проблемной комиссии по стоматологии СГМА, заместителем председателя специализированного совета СГМА по защите докторских и кандидатских диссертаций.

А.Г. Шаргородский был награжден медалью «За доблестный труд», значком «Отличнику здравоохранения», высшим профессиональным орденом Российской Ассоциации стоматологов «За заслуги перед стоматологией I степени» (1999 г.).

Характерными чертами Аркадия Григорьевича были инициативность, активное восприятие нового, ценного для стоматологической науки и практики, деятельное участие во внедрении современных достижений в жизнь.

Профессор А.Г. Шаргородский пользовался заслуженным авторитетом и уважением среди сотрудников академии и студентов, стоматологической общественности страны, а также многочисленных пациентов.

Светлая память об Аркадии Григорьевиче Шаргородском навсегда сохранится в сердцах всех, знавших его.

УДК 616.31.001.33

ВКЛАД СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РАЗВИТИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Л. М. Цепов

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

В 1965 году в Смоленском государственном медицинском институте был организован курс стоматологии, который в 1967 году преобразован в три самостоятельные профильные кафедры. Кафедру терапевтической стоматологии до 1979 года возглавляла доктор медицинских наук, профессор Бусыгина М.В., а с 1979 года и по настоящее время – Цепов Л.М., защитивший в 1983 году докторскую диссертацию на тему «Воспалительные заболевания челюстей, околочелюстных тканей и их комплексная терапия с учетом реактивности организма». За это время им издано свыше 12 монографий, 15 справочно-методических пособий. Сотрудниками кафедры получено 14 авторских свидетельств и патентов на изобретения, внесено около 50 рацпредложений.

В 1970–2007 гг. на кафедре работали и работают в настоящее время: д.м.н., профессор Молоканов Н.Я., доценты: к.м.н. Каргин В.К., к.м.н. Котомин Б.В., к.м.н. Загороднова В.П., к.м.н. Федосеев А.В., к.м.н. Морозов В.Г., к.м.н. Тургенева Л.Б., к.м.н. Николаев А.И., ассистенты: к.м.н. Афанасьева А.В., к.м.н. Лебедева Г.В., к.м.н. Левченкова Н.С., к.м.н. Петрова Е.В., к.м.н. Лобовкина Л.А., к.м.н. Лозбенев С.Н., к.м.н. Купреева И.В., к.м.н. Попова Л.Н., к.м.н. Усольцева Н.Н., к.м.н. Хромченков А.П., к.м.н. Михеева Е.А., ассистенты: Журов А.С., Терешкина Л.В., Тевянская М.Я., Голубцов Ф.И., Саленков В.А., Степанов В.Н., Автушенко И.Д., Новикова В.А., Вуймина Е.А., Ковалева О.В., Галанова Т.А., Голева Н.А. Из преподавателей кафедры в настоящее время только три не имеют ученой степени, а остальные – выполнили и защитили кандидатские диссертации под руководством профессора Л. М. Цепова.

До 1979 г. кафедра размещалась на базе филиала Смоленской областной стомато-

логической поликлиники по улице им. Глинки, а с 1979 года – на базе той же областной клинической стоматологической поликлиники по проспекту Гагарина, где занимает 4 лечебных кабинета на 22 кресла. Один из них оснащен для «работы в 4 руки» и используется для обучения студентов, ординаторов и врачей-стоматологов новым технологиям. Для учебных целей используется также 5 рабочих мест в 1 городской стоматологической поликлинике. Фантомный (пропедевтический) курс кафедры расположен в 2 учебных кабинетах административно-учебного корпуса, где студенты 2 курса на современном оборудовании осваивают навыки препарирования и пломбирования зубов, проходят предклиническую подготовку.

На кафедре обучаются студенты 2–5 курсов стоматологического факультета, а с 1994 года – и иностранные студенты. Коллективом кафедры проводится большая работа по улучшению учебно-методического процесса и укреплению материально-технической базы кафедры. Для студентов типографским путем изданы методические рекомендации и учебные пособия по всем разделам терапевтической стоматологии. К каждому занятию на 2–5 курсах имеются методические разработки для преподавателей, содержащие логико-дидактические схемы, ситуационные задачи. Преподаватели при проведении практических занятий широко используют таблицы, слайды, мультимедийные установки, телевизор. Сотрудниками кафедры создана база данных по тестам и ситуационным задачам для обучения и контроля знаний студентов.

Коллектив кафедры тесно сотрудничает с органами практического здравоохранения, проводит большую работу по подготовке клинических ординаторов. Всего их

подготовлено 93 и многие из них в дальнейшем стали главными врачами и заведующими отделениями стоматологических учреждений России и области, преподавателями стоматологических кафедр медицинской академии, работают в стоматологических поликлиниках и кабинетах Москвы, Санкт-Петербурга, Калуги, Калининграда, Смоленска.

Активную работу по внедрению новых технологий в терапевтическую стоматологию осуществляют: доцент А.И. Николаев, который тесно сотрудничает с целым рядом российских журналов, издательств и фирм, стоматологической ассоциацией России; ассистенты Н.С. Левченкова, Л.А. Лобовкина, Е.А. Михеева.

Одна из основных проблем современной стоматологии – воспалительные заболевания пародонта. Более 10 лет над этой проблемой работает коллектив кафедры. В разработку вопросов патогенеза, диагностики и лечения заболеваний пародонта они внесли определенный вклад. Эти работы велись комплексно, с помощью сотрудников ряда кафедр: патологической анатомии, фармакологии, нормальной физиологии, психиатрии, неорганической химии, акушерства и гинекологии, ЦНИЛ, лабораторий и отделений областной клинической больницы, а также подразделений областной стоматологической поликлиники. Большую помощь и поддержку оказывали нам коллективы других профильных стоматологических кафедр.

Планируя проведение научных исследований по указанной проблеме, сотрудники кафедры ориентируются, прежде всего, на нужды практического здравоохранения. Большая часть этих исследований была посвящена диагностике и лечению воспалительных заболеваний пародонта.

Эти соображения и послужили мотивом в выборе направления исследований как заведующего кафедрой терапевтической стоматологии и предметов его публикаций, так и работ сотрудников кафедры терапевтической стоматологии. Шесть монографий, шесть учебно-методических пособий, более 170 научных статей, опубликованных за последнее десятилетие, 11 из 16 кандидатских диссертаций, защищенных с

1992 по 2007 год, 11 авторских свидетельств и патентов на изобретения – тому подтверждение. Проводимые на кафедре исследования, а также опыт практической работы позволили преподавателям изменить методологический подход к классификации дополнительных методов исследования (диагностики) в пародонтологии.

Как показали исследования сотрудников кафедры терапевтической стоматологии, воспалительные заболевания пародонта генерализованного характера наиболее часто встречаются при т.н. системной патологии организма (т.е. при заболеваниях внутренних органов и нервной системы).

В. Г. Морозовым (1992) установлено, что хронический генерализованный пародонтит (ХГП) на фоне хронического стресса развивается в 13 раз чаще, чем у практически здоровых лиц. При этом им показано, что у больных ХГП имеются изменения биоэлектрической активности головного мозга, связанные с патологической афферентной импульсацией в системе тройничного нерва, ведущей к усилению активирующих влияний на стволовые структуры и кору головного мозга. Степень этих нарушений зависит от тяжести воспаления пародонта.

С.Н. Лозбеневым (1998) установлено, что одним из факторов развития воспалительных заболеваний пародонта у молодых лиц является дезадаптация к хроническому психо-эмоциональному напряжению. Перечисленные факторы являются основной причиной нарушения равновесия между микробной атакой со стороны «зубной» бляшки, и защитными силами пародонта и организма, что приводит к более частому развитию у этой категории лиц воспалительных заболеваний пародонта.

Исследования А.И. Николаева (1998) показали, что хронический генерализованный пародонтит встречается у всех больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Он протекает более тяжело и хуже поддается «традиционному» лечению.

В работе Л.Б. Тургеновой (1994) показано, что в возникновении и прогрессировании генерализованного пародонтита важ-

ную роль играют процессы свободнорадикального окисления.

Н.Н. Усольцевой (2000) установлено, что у женщин после овариэктомии развиваются выраженные остеопоротические изменения в пародонте, не устраняемые «традиционными» местными противовоспалительными воздействиями и имеющие тенденцию к усугублению.

А.П. Хромченков (2001) выполнил диссертационное исследование по установлению характера взаимосвязи между образованием «зубных камней» и «камнеобразованием» при уролитиазе и предложил способ лечения хронического генерализованного пародонтита у больных мочекаменной болезнью.

Е.В. Петровой (1993) и Е.Н. Жажковым (2000) отмечено, что с увеличением тяжести воспаления пародонта, в ротовой жидкости нарушается соотношение связанной и свободной воды.

Электрокинетические свойства ядер клеток буккального эпителия у больных хроническим генерализованным пародонтитом отражают как степень тяжести патологического процесса, так и уровень эндогенной интоксикации организма больных. Между электрокинетическими свойствами ядер, сорбционной способностью эритроцитов, гематологическими индексами (например, лейкоцитарным индексом интоксикации) существуют отчетливые корреляционные связи (Морозов В.Г., 1992; Петрова Е.В., 1993; Левченкова Н.С., 1996). Способ оценки эндотоксикоза у больных ХГП запатентован. Одним из важных патогенетических звеньев ХГП является развитие эндогенной интоксикации организма. Между проявлениями «местного» и «общего» эндотоксикоза у больных при воспалении пародонта существует определенный параллелизм. Михеева Е.А. (2004) показала, что у больных сахарным диабетом 2 типа хронический генерализованный пародонтит имеет более активное течение.

На основе обобщения результатов научных исследований, собственного клинического опыта и литературных данных разработана концепция лечения хронического генерализованного пародонтита, предусматривающая поэтапное выполнение определенного обязательного минимума ле-

чебных манипуляций. Данная схема, по нашему мнению, может стать основой для разработки стандарта лечения хронического генерализованного пародонтита (стандарта на манипуляции).

Сотрудниками кафедры изучена эффективность применения в комплексной терапии пародонтита различных физических методов, способов и приемов, лекарственных препаратов, назначаемых с учетом индивидуальных особенностей пациента, клиники и патогенеза данной патологии.

В.Г. Морозовым (1992) показана эффективность гемодеза и неогемодеза в терапии как экспериментального пародонтита у животных, так и при лечении средней и тяжелой степени указанного заболевания у больных людей. Способ лечения запатентован.

В ходе научных исследований, проведенных Е.В. Петровой (1993), установлено, что применение аппликационных сорбентов – гелевина и дигиспона – являясь по существу воздействием на первичный источник воспалительного эндотоксикоза (патологический очаг в пародонте), уменьшает их токсическое действие на организм и ткани, способствует элиминации этих неизбежных компонентов воспаления из очага поражения. Способ лечения запатентован.

Выявленные Л. Б. Тургеновой (1994) нарушения перекисного окисления липидов и снижение активности антиоксидантной системы при ХГП послужили основанием для применения у таких больных патогенетически обоснованной антиоксидантной терапии с помощью олифена (способ его применения запатентован).

Для лечения генерализованного пародонтита, протекающего на фоне хронического психоэмоционального напряжения, Л.Б. Тургеновой (1994) и С.Н. Лозбеневым (1998) с успехом использован оксипутират натрия.

Исследованиями А.И. Николаева (1998) установлено, что «традиционные схемы» лечения генерализованного пародонтита у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки малоэффективны. Применение же в комплексной терапии пародонтита в качестве средства патогенетического воздействия синтетического ней-

ропептида даларгина, позволило добиться стабилизации и стойкой ремиссии патологического процесса в пародонте. Автором показано, что нейропептид даларгин при местном применении у больных пародонтитом оказывает противовоспалительное действие, нормализует микроциркуляцию и гомеостаз тканей пародонта.

Н.Н. Усольцевой (2000) доказана высокая эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у женщин, находящихся в условиях дефицита эстрогенов после овариэктомии, с использованием комбинации климонорма и электрофореза фторида натрия в область десен. Такая тактика позволяет добиться выраженного клинического эффекта, стойкой ремиссии и стабилизации состояния костной ткани.

Е.Н. Жажков защитил кандидатскую диссертацию и получил 2 патента на изобретения по применению плазменного потока

аргона в комплексной терапии хронического гингивита и генерализованного пародонтита.

Е.А. Михеевой (2004) показана диагностическая ценность определения антикристаллической способности ротовой жидкости и лечебная эффективность ксидифона у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне сахарного диабета.

Исследования Сорокиной Н.В. (2007) продемонстрировали взаимосвязь поражений пульпы, верхушечного периодонта и пародонта, показали эффективность мембранотропного антисептика йодметроксида при лечении указанных поражений.

Исследования по проблеме заболеваний пародонта продолжаются. Преподавателями кафедры выполняются еще две запланированных кандидатских диссертации (Ковалева О.В., Галанова Т.А.). Одна диссертация выполняется практическим врачом-стоматологом (Орехова Н.С.).

УДК 616.314-089.23(092)

ТВОРЧЕСКИЙ ПУТЬ И ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРОФЕССОРА А.Т. БУСЫГИНА

В.Н. Гинали

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Организатором и первым руководителем кафедры ортопедической стоматологии Смоленского медицинского института (1966–1987) был заслуженный деятель науки РСФСР, почетный член Всероссийского научного общества стоматологов, доктор медицинских наук, профессор Бусыгин Алексей Терентьевич (1911–1989).

Родиной профессора была Вятская губерния, село Юма, где в многодетной крестьянской семье родился седьмой по счету ребенок, которого нарекли Алексеем. Трудное и голодное детство. После 4-х классов школы работа в лестрансхозе, затем на строительстве.

Здесь исполнительность и тяга к знаниям не остались незамеченными. Рабочие участка рекомендовали его на рабфак. При-

ходило не только учиться, наверстывая упущенное, но и работать по ночам грузчиком, дворником, сантехником.

После рабфака школа старших военных лекарственных помощников, затем годичные курсы зубных врачей и направление на Дальний восток в район озера Ханка. Известие о войне пришло, когда он работал уже на Севере, где началось освоение Колымы. Военкомат категорически отказал в просьбе идти на фронт – негоден. Перенесенный энцефалит давал о себе знать.

В 1942 г. Алексей Терентьевич был снят с военного учета и поступил в Московский стоматологический институт. Жил он в комнатухе без окон площадью не более 3-х кв. метров. До его вселения в это помещение здесь было что-то наподобие склада,

где хранились лопаты, скрепки, метлы и другая дворовая утварь. Комнатушка не отапливалась, в ней даже в осеннюю пору было сыро и холодно.

Учеба давалась нелегко, т.к. приходилось ночами работать. После окончания института была ординатура на кафедре ортопедической стоматологии в родном ВУЗе.

Ещё, будучи студентом, Алексей Терентьевич увлекался анатомией и в последствии стал углубленно изучать височно-нижнечелюстной сустав. Раньше остеоны, костные трубки, другие трубчатые структуры рассматривались лишь под микроскопом. В результате исследования их на границе макро- и микроскопической видимости появилась возможность видеть микроструктуры и простым глазом. Это направление в исследованиях и явилось в дальнейшем основой школы профессора А.Т. Бусыгина.

Результатом кропотливой работы стала кандидатская диссертация «Возрастные особенности строения восходящей ветви нижней челюсти», которую он защитил в 1953 году. Об актуальности этой научной работы говорит уже то, что она была опубликована отдельной монографией.

С 1956 года по 1966 год Алексей Терентьевич возглавлял кафедру ортопедической стоматологии Ташкентского Государственного Медицинского института. Отдавая много времени работе с больными, проф. Бусыгин продолжал научную работу по выбранному им направлению и в 1962 году защитил докторскую диссертацию на тему «Строение челюстных костей в норме и при некоторых патологических состояниях».

В 1966 г. врачи посоветовали сменить климат. В министерстве предложили Минск и Смоленск. Приехал в Смоленск и все свои силы, душу, опыт, энергию вложил в организацию кафедры ортопедической стоматологии при Смоленском медицинском институте. Жизненный опыт и знания людей позволили профессору создать дружный творчески настроенный коллектив.

Алексей Терентьевич создал свою школу в области изучения основных законов роста и развития лицевого скелета, жевательного аппарата. Все научные исследо-

вания профессора Бусыгина пронизывала идея тесной связи зубочелюстной системы со всем организмом.

Изучая морфологическую характеристику пародонта в области травматического узла, А.Т. Бусыгин обнаружил, что при пародонтозе, не осложненном травматическим узлом, увеличивается количество компактного вещества челюсти по отношению к губчатому веществу, в то время как количество неорганических веществ уменьшается. В случае пародонтоза, осложненного травматическим узлом, происходит наибольшая потеря неорганического вещества в костных структурах челюстей.

Используя рентгенологический метод, микроскопию и фотовесовой анализ, он устанавливает различие морфологических изменений при пародонтозе и функциональной перегрузке, возникающей при потере жевательных зубов.

Энергия и трудолюбие, умение видеть в мире то, что не видно другим и описать увиденное просто и понятно, да так, что ни одного слова оттуда не выбросить, позволило ему не только вырасти до профессора и стать заслуженным деятелем науки РСФСР, но и подготовить 15 кандидатов медицинских наук.

Им опубликовано 60 научных работ. Из них 5 монографий: «Возрастные особенности строения восходящей ветви нижней челюсти», «Строение челюстных костей», «Вопросы профилактики деформаций зубочелюстной системы и ортопедического лечения амфодонтоза (пародонтоза)», «Пороговая компрессия слизистой оболочки протезного ложа», «Зубные протезы из хромоникелевой стали и их изготовление без применения припоя».

Под его руководством разработана технология бесприпойного изготовления всевозможных зубных протезов из хромоникелевой стали и хромоникелевого сплава. Эта технология на выставке достижений народного хозяйства СССР отмечена дипломом 2-ой степени и медалями. Данная технология приказом Минздрава РСФСР включена в план внедрения в стоматологические лечебные учреждения Российской Федерации. Профессор А.Т. Бусыгин является автором шести изобретений и четырех

рационализаторских предложений, из которых одно отраслевого значения.

Съездом стоматологов Российской Федерации в 1982 году профессор Бусыгин А.Т. избран почетным членом Всероссийского научного общества стоматологов. За заслуги в области медицинской науки и многолетнюю плодотворную педагогическую деятельность ему было присвоено в 1974 году почетное звание «Заслуженный деятель науки РСФСР».

Профессор А.Т. Бусыгин принимал деятельное участие в подготовке ученых по стоматологии. Выступал в качестве официального и неофициального оппонента по многим кандидатским и докторским диссертациям. Более 15 лет был рецензентом ВАК при Министерстве высшего и среднего образования СССР. Профессор А.Т. Бусыгин рецензент многих монографий, научных сборников, учебных программ, учебников по ортопедической стоматологии и зубо-врачебной технике.

Министерствами здравоохранения он 16 раз назначался председателем ГЭК по выпуску врачей-стоматологов в вузах нашей страны. Принимал активное участие в общественной деятельности. На съездах стоматологов, научных стоматологических обществах, в школах, на производстве им прочитано более 100 научно-практических докладов по своей специальности.

Профессор А.Т. Бусыгин являлся членом общества «Знание». Продолжительное время он был членом Центральной методической комиссии при министерстве здравоохранения СССР. На протяжении многих лет по приказам министерств здравоохранения РСФСР, СССР и Министерства высшего и среднего образования привлекался в комиссии по проверке и инспектированию деятельности медицинских институтов нашей страны.

Более 15 лет он состоял членом правления Смоленского областного научного общества стоматологов и зубных врачей. На протяжении многих лет был председателем методической комиссии по профильным дисциплинам на стоматологическом факультете, оказывал большую помощь органам здравоохранения в проведении лечебно-профилактической работы. Алексей Терентьевич не любил, когда говорили о его регалиях. Сам он считал себя, прежде всего врачом. И он действительно был замечательным стоматологом-ортопедом. 50 лет у зубо-врачебного кресла по 6, а то и по 8 часов в день. Лечил он самых сложных больных и снискал глубокое доверие и уважение у своих пациентов. Светлая память о выдающемся ученом, талантливом педагоге и враче навсегда останется в сердцах его многочисленных учеников и благодарных больных.

УДК 616.31-053.2

КАФЕДРЕ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА 30 ЛЕТ

Н.В. Гинали, Б.В. Котомин

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Курс стоматологии детского возраста в Смоленском государственном медицинском институте был организован 26 июня 1977 года. Возглавил курс доцент Н.Г. Аболмасов, в его подчинении было 2 доцента: Котомин Б.В., Макаренко Л.В.

Клинической базой курса было детское отделение Смоленской областной стоматологической поликлиники, где проводились

практические занятия со студентами 4 курса стоматологического факультета на 9 креслах совместно с врачами поликлиники.

В октябре месяце 1978 года преподавательский коллектив пополнился опытным ассистентом, кандидатом медицинских наук Дружининой С.Н., а в 1979 г. – молодым ассистентом Федосеевым А.В. Такой преподавательский состав начал выполнять

учебную программу в полном объёме со студентами 4 и 5 курсов. В 1980 году курс стоматологии детского возраста был преобразован в кафедру во главе с доцентом Н.Г. Аболмасовым.

Коллективу кафедры приходилось работать в очень сложных условиях, тратить много сил и энергии на создание базы, т.к. кафедральных стоматологических кресел, оборудования, технических средств обучения, методических пособий не было.

Благодаря усилиям сотрудников кафедры, помощи декана стоматологического факультета С.Е. Филичкина, ректора института Н.Б. Козлова, партийных и советских органов в 1978 году была открыта первая и единственная на Смоленщине детская стоматологическая поликлиника на 39 врачебных должностей (глав. врач Р.Г. Морякова). Детская поликлиника стала организационно-методическим, консультативным и лечебно-диагностическим центром детской стоматологической помощи города и области, а также базой кафедры стоматологии детского возраста. Кафедра получила для работы со студентами отдельное помещение на 8 стоматологических кресел, кабинет для преподавателей, учебную комнату и кабинет профилактики.

С 1984 по 2002 год кафедру стоматологии детского возраста с курсом профилактики стоматологических заболеваний возглавлял к.м.н., доцент Б.В. Котомин, а с 1 июля 2002 года по настоящее время заведующим кафедрой является д.м.н., профессор Н.В. Гинали.

Кафедра стоматологии детского возраста является разнопрофильной. Учебная программа по стоматологии детского возраста включает четыре смежных направления – профилактику стоматологических заболеваний, детскую терапевтическую, хирургическую стоматологию и ортодонтию, поэтому подготовка преподавателей проводится с учетом такой профилизации. Кроме студентов-стоматологов на кафедре занимаются студенты 5 курса педиатрического факультета.

Учебный план по стоматологии детского возраста и профилактике претерпел значительные изменения. Количество часов со

134 в 1977 году увеличилось до 888, включая педиатрический факультет.

С увеличением количества часов изменилось и штатное расписание. В настоящее время на кафедре работают: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Н.В. Гинали, доцент Б.В. Котомин, доцент Л.В. Макаренкова, доцент Е.П. Евневич, доцент С.М. Калужская, доцент О.Ю. Кузьминская, доцент Саленков В.Г., ассистент, к.м.н. С.Н. Дружинина, ассистент, к.м.н. Л.В. Рутковская, ассистенты Т.С. Степанова, С.А. Василевский, Е.В. Андрюшенков.

Нельзя не вспомнить о сотрудниках, которые работали на кафедре в предыдущие годы и внесли определенный вклад в её развитие, становление – проф. Н.Г. Аболмасов, доц. А.В. Федосеев, доцент Г.Г. Смердова, к.м.н. Л.А. Разумовский, к.м.н. Ю.П. Суханов, к.м.н. И.А. Пасевич, к.м.н. А.С. Утюж, к.м.н. О.Л. Мишутина, Т.И. Абликова, Н.Н. Лапина, Г.С. Старовойтова, В.А. Савельев, К.В. Жаворонков.

Значительно расширилась и улучшилась материально-техническая база кафедры в 1994 году в связи с введением в эксплуатацию нового 4-х этажного здания детской стоматологической поликлиники. Возглавил поликлинику к.м.н., доцент Саленков В.Г. Кафедра получила два терапевтических кабинета на 11 кресел, терапевтический кабинет в школе №33 на 5 кресел, три кабинета на 6 кресел для ортодонтии и 1 кабинет на 3 кресла для хирургии, учебную комнату, кабинет профилактики, методический кабинет, три ассистентские, кабинет доцента и заведующего кафедрой. Для проведения занятий в стационаре базу предоставляет клиника кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

С 1987 года в программу обучения студентов введен курс профилактики основных стоматологических заболеваний. Этому курсу отведено 154 часа. С этого времени учебным процессом охвачены 2, 3, 4, 5 курсы стоматологического и 5 курс педиатрического факультетов.

Кафедра является одной из первых в разработке методики первичной профилактики. Из-за отсутствия учебной литерату-

ры сотрудниками кафедры в 1989 году написаны и изданы типографским способом 8 учебно-методических пособий и 15 красочных плакатов по первичной профилактике. В 2004 году с учетом современной информации издан новый комплект из 5 учебно-методических пособий в сочетании с 14 плакатами, утвержденные УМО.

В 1989 году кафедра заняла первое место в институте по учебно-методической работе.

Для студентов педиатрического факультета, согласно программе обучения, в 2006 году изданы 3 методических пособия, 5 по ортодонтии для студентов стоматологического факультета и одно по основным этапам развития зубочелюстной системы ребенка. Профессор Н.В. Гинали является соавтором монографий – «Травма зубов», «Справочник по детской стоматологии».

В настоящее время учебный процесс на кафедре обеспечен всеми необходимыми современными техническими средствами обучения, оборудованием, теле-, видео-, фотооборудованием, большой видеотекой, презентациями.

На практических занятиях широко используются деловые игры, тестовый контроль, ситуационные задачи.

На кафедре регулярно проводятся открытые практические занятия, лекции с их обсуждением на кафедральных совещаниях. Почти все лекции переработаны в виде презентаций.

Кафедра стоматологии детского возраста на протяжении 30 лет проводит научные исследования по проблеме «Возрастные особенности зубочелюстной системы у детей в норме и патологии» и «Профилактика основных стоматологических заболеваний у детей», которые являются составной частью государственной программы «Основные стоматологические заболевания, их профилактика и лечение».

Сотрудниками кафедры защищены две диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Н.Г. Аболмасов, Н.В. Гинали) и 14 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (Л.В. Макаренкова, С.Н. Дружинина, Б.В. Котомин, Г.Г. Смердова, А.В. Федосеев, Л.А. Разумовский, Ю.П. Суханов, И.А. Пасевич, Е.П. Евневич, А.С. Утюж, С.М. Ка-

лужская, В.Г. Саленков, О.Ю. Кузьминская, Л.В. Рутковская).

75% преподавателей имеют ученую степень. Молодые ассистенты – Василевский С.А., Андрюшенков Е.В., Степанова Т.С. занимаются научной работой, ведут поиск.

Преподавателями кафедры стоматологии детского возраста за 30 лет опубликовано 99 статей в центральной печати, 397 – в местной, издано 2 монографии, имеется 5 изобретений, 22 рационализаторских предложения. По итогам конкурса среди клинических кафедр по количеству рацпредложений в 1978 году наша кафедра заняла 1 место. Внедрено 34 новых методов диагностики, сделано 168 докладов на конференциях, симпозиумах, международных конгрессах, съездах.

Определенное место в воспитательной работе кафедры занимает студенческое научное общество. Ежегодно в кружке занимаются от 7 до 15 студентов, которые по 3–4 доклада представляют на итоговую научную конференцию. Кроме того, работа СНО проводится по линии межвузовских связей. Доклады кружковцев были представлены и награждены дипломами I–II степени, грамотами Тбилисского, Читинского, Казанского, Ставропольского, 1-го Ленинградского, Полтавского, Московского институтов. Студенты секции детской терапевтической стоматологии в 2007 году подали заявку на участие в конкурсе, объявленном компанией «Colgate-Palmolive» на лучшую работу по теме: «Профилактика стоматологических заболеваний как основа здоровья человека».

В 1985–1986 учебном году студенты-кружковцы участвовали во Всесоюзной олимпиаде (Всероссийский тур) в Воронеже и заняли 1-ое общекомандное место, в 2006 году – в олимпиаде по детской терапевтической стоматологии, организованной МГМСУ (г. Москва) и вышли в финал. Их участие отмечено грамотой. Большинство кружковцев продолжало своё обучение в клинической ординатуре. За прошедшие 30 лет в научном кружке занимались сотни студентов, многие из которых продолжили свою научную деятельность, защитили кандидатские и докторские диссертации. Активными членами СНО

были д.м.н., профессор Н.В. Гинали, доценты: А.И. Николаев, О.Ю. Кузьминская, Е.П. Евневич, ассистенты, кандидаты медицинских наук: Л.А. Разумовский, Ю.П. Суханов, Л.В. Рутковская, ассистенты: Т.С. Степанова, С.А. Василевский и многие другие.

Кафедра стоматологии детского возраста очень тесно работает с практическим здравоохранением. В связи с внедрением последилового обучения на базе кафедры подготовлены 53 ординаторов, 49 врачей-интернов, проведено 19 циклов усовершенствования стоматологов и зубных врачей, проведена стажировка 82 врачей.

Сотрудники кафедры еженедельно консультируют больных, участвуют в клинических конференциях, проводят семинары и декадни, циклы усовершенствования для врачей Смоленской, Брянской, Калужской, Орловской областей.

Значительный вклад в работу практического здравоохранения вносит Ассоциация стоматологов Смоленской области, президентом которой является доцент Б.В. Котомин, в 80-е годы возглавивший детскую стоматологическую службу области.

Смоленская область является регионом с высокой распространенностью кариеса, а содержание фтора в питьевой воде очень низкое.

Сотрудники ведут исследования по проблемам профилактики и оптимизации лечения кариеса зубов, пародонта у детей и подростков.

Так, анализ результатов «Комплексной программы профилактики кариеса зубов у детей и болезней пародонта для населения Смоленской области», которая включает использование в детском питании фторированного молока, проведен в кандидатской диссертации доцента кафедры Кузьминской О.Ю. (рук. доц. Котомин Б.В.). Положительные результаты применения такого продукта позволили увеличить объём производства и использовать его в дошкольных учреждениях. Результаты диссертационных исследований асс. Утюжа А.С., доц. Евневич Е.П. (рук. д.м.н., проф. Гинали Н.В.), асс. Рутковской Л.В. (рук. к.м.н., доц. Николаев А.И.) внедрены и также используются для профилактики кариеса и болезней пародонта, их лечения.

Педагогический коллектив кафедры, используя свой опыт исследовательской и практической работы, стремится внести достойный вклад в развитие детской стоматологии, совершенствование теоретической и практической подготовки врача-стоматолога детского.

УДК 616.31:378(07.07)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА ПРОФИЛЬНЫХ КАФЕДРАХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Н.Т. Родионов

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Проблема повышения качества образования постоянно находится в центре внимания высшей медицинской школы. Преподавание на стоматологическом факультете СГМА преследует интегративное выполнение главной цели додипломной подготовки — овладение основными принципами диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний. С начала организации профильных кафедр (1967 г.) понимание

этой задачи и преломление через неё содержания лекций и практических занятий оценивается как единственный фактор реализации образовательной программы, государственного образовательного стандарта по специальности 040400 «Стоматология». В этой связи основной задачей сотрудников профильных кафедр было и остаётся постоянное совершенствование учебно-воспитательного процесса.

Методическая работа – главнейшая составляющая учебного процесса, направлена на повышение качества преподавания и улучшения усвоения студентами учебного материала. На всех кафедрах имеются комплекты тематических лекций, учебно-методических пособий для практических занятий, большая часть из них, а так же учебники и руководства для студентов изданы с грифом УМО. Созданы банки тестовых заданий, клинических ситуационных задач для контроля знаний студентов на практических занятиях, зачетах, курсовых и государственном экзаменах. Для эффективного ведения учебного процесса имеются и постоянно пополняются наглядные пособия: фантомы, кино-, диафильмы, слайды, модели и маски, таблицы и муляжи, фотоальбомы больных, тематические стенды и др. Используются диапроекторы, мультимедийные аппараты и др.

Вот какую оценку методической работе дал начальник главного управления учебных заведений Министерства здравоохранения РФ профессор Н.Н. Володин: «Сегодня мы можем констатировать, что уровень учебной литературы, создаваемой сотрудниками МГСУ, а так же преподавателями Смоленской и Волгоградской медицинских академий, весьма высок. Именно эти учебные заведения задают тон в методике преподавания по стоматологическим специальностям по всей России. Люди, которые пишут эти учебники, безусловно, авторитеты в своей области, они всегда используют новейшие достижения отечественной и мировой науки» [1].

Лекции в их классическом представлении являются ведущей, стержневой формой учебно-воспитательного процесса. Значимость клинической лекции определяется её новизной, информативностью, ораторским мастерством лектора, его личными качествами, обеспеченностью современными демонстративными средствами и др. Они являются экономически очень выгодной методологией потому, что преподносят информацию одновременно большой группе студентов. Безусловно, это основной легко доступный поставщик большого объёма современной научной информации, поэтому повышению качества лекций на

кафедрах уделяется постоянное внимание. Лекции читают опытные преподаватели: профессора, доценты, ассистенты. При этом они используют новейшие научные данные, которые отсутствуют в учебных пособиях, уделяют внимание вопросам, имеющим практическую значимость и т.д. Проведенное нами анкетирование 3, 4 и 5 курсов свидетельствует о том, что 82% студентов-стоматологов положительно оценивают значение лекции в подготовке к практическим занятиям и экзаменам. Посещаемость лекций лучше на тех кафедрах факультета, где систематически проводится контроль знаний лекционного материала на практических занятиях, зачётах и экзаменах.

Главной задачей практических занятий является не только получение знаний и умений, но и необходимость научить студента клинически мыслить, что в дальнейшем так важно для практической деятельности врача. Известно, что 50% качества подготовки специалистов зависит от умственных способностей студента, 25% связано с его мотивацией к учёбе и 25% с качеством педагогического процесса. На протяжении длительного периода времени в обучении, оценке знаний и практических навыков студентов эффективно используются испытанные временем традиционные методы: опрос студента, клинический разбор больных и проведение лечебных мероприятий, написание и защита историй болезни, рефераты, курсовые, государственные экзамены и др.

В последние годы одним из важнейших путей оптимизации учебного процесса является повышение эффективности преподавания за счет широкого внедрения в педагогический процесс методов активного проблемного обучения, предполагающих в нем участие всех студентов. Важное место в этом занимает контроль знаний, так как отсутствие контроля «расслабляет» студента, ведет к пассивному восприятию небольшой части учебного материала. На практических занятиях используется исходный, текущий и заключительный тестовый контроль знаний, студенты решают клинические ситуационные задачи, проводятся деловые игры и др. По нашему мнению, несмотря на неко-

торые положительные стороны тестового контроля (особенно 1 и 2 уровня) в целом он не отражает полноты знаний студента и не позволяет проанализировать его мыслительную деятельность. Тестовый контроль больше формирует память, но обучающая его функция недостаточна.

Лучшей формой практической подготовки, как известно, является непосредственная работа с больным, позволяющая формировать клиническое мышление у студента. За последние годы обострилась проблема подбора «тематических» больных, недостаточное их количество на студенческом приеме, а так же во время производственной практики. Большую помощь в этих случаях оказывает решение ситуационных клинических задач, позволяющих выяснить компетентность студента по различным вопросам изучаемого предмета и смежных дисциплин. В беседе со студентом при неточном ответе преподаватель может задать наводящий вопрос, что позволит ему логически найти правильный ответ, раскрыть свои знания. Решение задач базируется не только на теоретических знаниях, но и на опыте приобретённого в ходе обследования и лечения больных. Перспективной формой контроля знаний студентов являются деловые игры, которые предполагают нестандартное мышление, формируют навыки и умения, повышают мотивацию к обучению.

Специфика подготовки врача-стоматолога состоит в том, что большая часть учебного времени должна быть использована для приобретения практических навыков. Современная морально-этическая и правовая ситуация не позволяет студентам стоматологам младших курсов проводить инвазивные методы лечения больных (лечение зубов, протезирование, оперативные вмешательства и др.). Поэтому в подготовке студентов неизмеримо велика роль пропедевтического курса. Только лишь на фантомах и лабораторных моделях студент может получить необходимый объем практических навыков, который позволит ему в будущем участвовать в лечении пациентов под контролем преподавателя. На практических занятиях со старшекурсниками 85% учебного времени

отводится для работы с больными, при этом основное внимание уделяется развитию продуктивного клинического мышления. Выполненная лечебная работа вносится в дневник практических навыков и учитывается в рейтинговой оценке учебной деятельности студентов.

Положительным моментом, способствующим развитию интереса к обучению, являются результаты лечения больных (изготовление протеза, вылеченные зубы, проведенные операции, положительные отзывы больных и др.). В настоящее время на кафедре терапевтической стоматологии в практику обучения студентов внедрены современные методы лечения больных «в четыре руки», изготовление пломб из композитов светового и химического отверждения и др. На кафедрах хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста в учебном процессе используются новые технологии (дентальная имплантология, реконструктивная хирургия, литье под давлением зубных протезов, брекет-система и др.).

Согласно последнему учебному плану, на всех кафедрах проводятся элективные занятия, которые по Госстандарту образования составляют 10% учебного времени. Студент обязан выбрать для углубленного изучения интересующую его тему, которая не предусмотрена учебными программами (общество и личность, современные композиты, имплантология, микропротезирование и др.).

Большое влияние на активизацию творческих способностей студентов оказывает работа в научно-практических кружках, где студенты приобщаются к исследовательской работе и осваивают тонкости специальности. Ежегодно в академии проводится «День науки» – итоговая научная студенческая конференция, на которой заслушиваются их лучшие работы. Студенты участвуют также в конференциях других медицинских вузов страны. Многие из них награждены Почетными грамотами, дипломами, ценными подарками и денежными премиями.

Определённое значение в подготовке квалифицированных специалистов является

производственная практика. Она позволяет студенту закрепить полученные в академии знания и умения, расширить кругозор в организации работы практического врача и др. Практические навыки, которые студент приобретает за время обучения – это не просто «рукоделие», а творчество, направленное на гуманную профессиональную ориентацию.

Важным инструментом управления образовательным процессом на факультете является рейтинговая оценка учебной работы студентов. Бально-рейтинговая система зачетных единиц повышает мотивацию студента к активной и систематической работе по освоению основ профессиональных знаний и умений. Рейтинг студента включает все практикуемые в академии виды учебной работы и контроля знаний по учебному плану, а также дополнительную деятельность: СНО, участие в олимпиадах, конкурсах, выступления на конференциях и др. Высокий рейтинг студента дает основания освободить его от зачета, назначить стипендию ученого Совета академии, рекомендовать в клиническую ординатуру, аспирантуру и др.

Побудительным стимулом в приобретении знаний и основным способом их контроля являются зачеты, курсовые (переводные) и государственные экзамены. В последние годы существенно изменились качество и форма их проведения, они стали трехэтапными.

1-й этап экзамена проводится в клинике, где студент должен показать знания и умения во время обследования больного, постановке диагноза, и в большинстве случаев проведении лечения под контролем преподавателей.

2-й этап – контроль по тестам, подготовленными сотрудниками кафедр и тестам МЗ РФ.

3-й этап – проведение собеседования по ситуационным клиническим междисциплинарным задачам с экзаменаторами и членами ИГАК.

Итоговая оценка на экзамене выставляется с учетом оценок трех этапов и итогового рейтинга знаний за время обучения в академии.

Анализ результатов государственной аттестации свидетельствует о том, что подготовка выпускников по специальности 040400 «Стоматология» соответствует требованиям государственного стандарта и они подготовлены для прохождения интернатуры и ординатуры. В последние 2 года на «отлично» и «хорошо» экзамен сдали 71% студентов, а количество дипломов с отличием составляет 12%. Заслуживает внимания тот факт, что 10–15% студентов обучавшихся в семестре на «хорошо» и «удовлетворительно» к государственному экзамену прибавили и показали хорошие знания.

Таким образом, подготовка врача-стоматолога является многогранным, сложным учебно-воспитательным процессом, который зависит от мотивации студента к учебе, квалификации педагогического корпуса, методического, материально-технического обеспечения и др. В подготовке специалистов необходимо наряду с традиционными методами использовать новые формы и методы активизации познавательной деятельности студентов, организации их самостоятельной и научно-исследовательской работы, ориентации учебного процесса на будущую деятельность выпускников.

Литература

1. Володин Н.Н. Панорама стоматологического образования // Кафедра. 2002. №1. С. 10-15.

УДК 61 (075.8)

К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВРАЧЕВАНИЯ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОМ СМОЛЕНСКЕ

В.М. Остапенко, Е.Л. Коноплева, С.В. Нагорная

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Традиционно в историко-медицинской литературе недостаточно внимания уделяется вопросам развития зубоврачевания. Например, ни энциклопедические статьи о дореволюционном смоленском здравоохранении, ни прекрасный сборник документальных материалов «Смоленское земство и здравоохранение. 1865–1917 годы» вообще не упоминают о характере стоматологической помощи населению [1]. Сведения подобного рода в архивных фондах чрезвычайно скудны и разрозненны.

В 1858 году смоленский уездный врач рапортует во Врачебную Управу: «Простой народ редко прибегает к врачевным пособиям, ограничиваясь преимущественно домашними средствами. При неудаче же часто обращаются к так называемым дедам и бабкам, которые лечат заговорами и вера в коих сильна по настоящее время в простом народе» [2]. Впрочем, если бы простой народ и желал бы получить квалифицированную зубоврачебную помощь, желание его осталось бы неудовлетворённым, так как в уезде, помимо уездного врача, трудились лекарский ученик, два осполрививателя и две повивальных бабки. Аптек, частных врачебных заведений и вольноопределяющихся врачей в этот период времени не было. Волей-неволей приходилось обходиться средствами народной медицины. Основным и самым радикальным методом лечения являлось удаление больного зуба, однако делались попытки и консервативного лечения.

Как же лечили зубную боль крестьяне Смоленской губернии? Документы того времени сообщают: «В зубной и ушной боли свёртывают бумагу и зажигают её, после чего пепел смешивают с маслом и кладут на зубы и в уши». Если развивался флюс, «народ употребляет квас, клюквенный сок, уху из пескаррей или ершей с огу-

речным рассолом, полынное вино». Покрытые язвами дёсны, рекомендовалось лечить кашицей из капустного листа или использовать мазь из смеси еловой смолы с льняным семенем и воском, или еловой смолы с салом, коровьим маслом и воском, или смесью скипидара, ладана и козьего сала. Накладывались также примочки из медвежьего сала, деревянного масла, сожжённых квасцов и яичных желтков.

В конце августа 1892 открылась амбулатория смоленского научного Общества врачей, «с бесплатным советом и бесплатной раздачей лекарств». С момента организации амбулатории были попытки распределения больных по специальностям, в частности, принимали врачи по детским, женским и глазным болезням, правда, такой приём был нерегулярным. Однако только на 19-м году существования амбулатории впервые был установлен приём по зубным болезням, который бесплатно вела врач Тёмкина. В течение 4-х месяцев было принято 500 человек, что выразительно свидетельствует о громадной потребности в помощи такого рода. В связи с невозможностью для врача вести дальнейший приём пациентов (по семейным обстоятельствам) эта инициатива угасла, не будучи подхвачена коллегами [4].

В фондах Государственного архива Смоленской области сохранилось заявление дантиста И.А. Дубсона в смоленскую городскую Управу с просьбой о разрешении открыть в городе зубной амбулатории, датированное 15 января 1902 года [5]. В частности, И.А. Дубсон сообщает: «В Смоленске для приходящих больных имеются несколько лечебниц, где малосостоятельное и бедное население находит себе помощь в своей болезни (...) Однако с зубной болью несостоятельному человеку окончательно некуда обратиться; в земской больнице,

также в лечебницах для приходящих больных, нет специалистов по зубоохранению, как видно, зубную боль не считают окончательно за болезнь. Это страшная ошибка: зубная боль «страшно мучительна и слишком вредно действует на весь организм. Костоеда зубов сильно прогрессирует среди населения, со всеми её последствиями; а между тем очень редко, чтобы кто-нибудь из населения имел необходимые сведения о профилактике кариеса, а что касается лечения, пломбирования и т.д., то это только доступно состоятельному человеку (...). Что же делать бедному человеку? Ему приходится страдать от зубной боли до полной потери зубов, или обратиться к доморощенному фельдшеру для экстракции, причём эта экстракция сопровождается иногда многими осложнениями, благодаря полному незнакомству оператора с анатомией челюстей и их аномалиями и примитивностью применяемых инструментов». И.А. Дубсон прилагает к своему заявлению подробный проект Городской Зубной Амбулатории, предлагая следующие условия приёма больных и оплаты услуг дантиста:

За амальгамную пломбу – 60 коп.

За цементную пломбу – 40 коп.

Экстракцию зуба и совет – 20 коп. (за исключением случаев, требующих наркоза).

Малосостоятельным и бедным планировалось оказывать бесплатно такие виды помощи, как экстракция, совет и пломбирование. Эти последние должны были предъявлять удостоверение о бедности на особых печатных бланках-карточках, заверенное в городской Управе.

Фиксированное количество карточек должно было находиться при городской Управе, у городского врача, в городском

полицейском Управлении, полицейских частях и в Мещанской Управе, и выдаваться чиновниками этих учреждений по мере необходимости. К сожалению, это предложение «за ненадобностью» было отклонено «отцами города».

Только в 1905 году при городской амбулатории, созданной на базе бывшей амбулатории Благотворительного общества, начал вести приём один на весь город и уезд зубной врач [6]. В то же время в городе имела место достаточно обширная частная практика, предлагавшая самый разнообразный набор услуг вплоть до «пломбирования зубов золотом и фарфором», однако к такой помощи могли прибегнуть только состоятельные слои населения. Вместе с тем, вольнопрактикующие врачи осознавали свою ответственность перед неимущими слоями населения, о чём свидетельствует, например, реклама начала века:

Дантистка
Берта Мироновна
Эпштейн (Ривкина)
Набережная улица, дом Рубцова
Лечение, пломбирование и вставление
искусственных зубов
Приём ежедневный, бедных бесплатно
Телефон № 40

Таким образом, стоматологическая помощь в Смоленске длительное время оставалась редкой, дорогой и вследствие этого недоступной для широких слоев населения. Малоимущим приходилось довольствоваться приемами и средствами народной медицины, часто довольно невежественными, либо прибегать к неоправданному удалению зубов.

Литература

1. Смоленск. Краткая энциклопедия / Под ред. Д.И. Будаева. Смоленск: ТРАСТ-ИМАКОМ, 1994; Смоленское земство и здравоохранение. 1865–1918 годы: Сборник материалов. Смоленск: Маджента, 2005.
2. ГАСО Ф. 754 Оп. 1 (1858) Д. 428 Л. 18об. О доставлении сведений по медицинской части.
3. Там же Л. 72–75.
4. Отчёт о деятельности амбулатории Общества смоленских врачей за 1894–95 годы. Смоленск: Паровая Типо-Литография Я.Н. Подземского, 1895. С. 4.
5. ГАСО Ф. 65 Оп. 1 (1902). Д.2240. Заявление дантиста Дубсона.
6. Смоленский государственный медицинский институт (1920–1970) / Под общей редакцией Г.М. Старикова. Смоленск, 1970. С. 8.

УДК 616.314-089.5-031.81

ЭВОЛЮЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Ю.В. Мишунин, Н.А. Назаров, Л.Е. Богданова, О.В. Войковский

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
МЛПУ «Стоматологическая поликлиника №3», Смоленск

С уверенностью можно утверждать, что первый наркоз, проведенный в 1846 году У. Мортонем, был амбулаторным. С тех пор анестезиологическая тактика и стратегия претерпели определенные изменения. Целью данного сообщения является анализ изменения тактики анестезиологических пособий в МЛПУ «Стоматологическая поликлиника №3» г. Смоленска за период существования в ней анестезиологической службы с 1986 по 2006 год.

За этот период проведено более 3000 различных общих анестезий и анестезиологических пособий пациентам в возрасте от 15 до 59 лет. Во время анестезии проводился необходимый мониторинг жизненно важных органов и систем посредством оценки гемодинамики (определение артериального давления, кардиоинтервалография, интегральная реография при помощи системы «Кентавр»), пульсоксиметрии, ЭКГ и др. В ряде случаев проводилось анкетирование с целью определения уровня тревожности и т.д.

В 1986–1988 гг. проводились исключительно ингаляционные анестезии фторотаном, закисью азота в смеси с кислородом, так как в то время это считалось «золотым стандартом» в амбулаторной практике [1]. Однако высокая токсичность анестетика вкуче со всеми известными его недостатками заставили быстро отказаться от данной методики и перейти на внутривенную анестезию кетаминот-диазепамом. По мере накопления опыта работы дозировку кетамина уменьшали (с 2 мг/кг до 0,5 мг/кг), а диазепама – увеличивали. Применявшийся нами мидозолам зачастую вызывал при внутривенном введении кратковременные, хотя и самокупирующиеся апноэ, а по гипнотическому эффекту не имел явных преимуществ перед ди-

азепамом. В последние годы и эта методика применялась редко.

С начала 90-х годов мы остановились на методе многокомпонентной аналгоседации. Применяли в основном три методики. Первая заключалась во внутривенном введении диазепама и метамизола. Известно, что захват менее 20% бензодиазепиновых рецепторов может быть достаточен для обеспечения анксиолитического эффекта, 30–50% – для седации различной глубины, и связывание с более чем 60% рецепторов гарантирует выключение сознания [3]. Опыт показывает, что для создания медикаментозного сна необходимо применение диазепама в дозе 0,5 мг/кг. При этом не наблюдалось нарушений со стороны дыхания и кровообращения. Метамизол специфичен при зубной боли, как и большинство препаратов этого ряда, но выделяется среди них особой эффективностью. Его дозировка составляла 15–25 мг/кг и зависела от травматичности проводимого вмешательства. При экстракции зубов, экстирпации пульпы, препарировании кариозных полостей V класса локализации (по Блэку), дополнительно проводилась местная анестезия. Трансоперационный мониторинг при данной методике показал, что гемодинамика стабильна, происходит снижение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, вследствие – артериального давления. Сатурация кислорода не меняется. Сознание полностью восстанавливается через 15–20 мин, а через 1–1,5 часа в сопровождении родственников больным разрешалось покинуть поликлинику. Такую методику мы применяли лишь у больных с выраженным фобическим неврозом, желающих «отсутствовать на собственной операции».

Больным с повышенной тревожностью предлагали неинвазивные методики аналгоседации. Одна из них состояла в перо-

ральном применении растворов диазепама (в среднем 10 мг) и метамизола (1 г). Если не предполагалось удаления зубов этот «коктейль» обогащали растворимой формой ацетилсалициловой кислоты (до 1 г). Через 10–20 мин наступала атараксия, седация, психорелаксация на фоне стабилизации гемодинамики и неизменном дыхании. При необходимости применялась местная анестезия.

Большой популярностью у больных пользовалась лечебная жевательная резинка с включенным в нее комплексом препаратов [2]. В него входили: кетродол (0,3 мг/кг), диазепам (0,125 мг/кг), клофелин (1 мкг/кг). Быстрое всасывание со слизистой полости рта, прямое попадание в кровоток из вен пищевода обеспечивают быстрое (8–10 мин) действие лекарственных

средств и, соответственно, достижение анксиолитического, седативного, анальгетического эффектов на фоне стабилизации вегетативной нервной системы и гемодинамики.

Учитывая, что по шкале оценки тревог Ч. Спилберга, средний балл на приеме у врача общей практики (терапевта) составляет 22,1±1,1, а у стоматолога – 55,3±1,6% ($p < 0,0005$), аналгоседация показана практически всем пациентам стоматологической поликлиники. Подход должен быть индивидуальным, но в амбулаторных условиях, как показал наш 20-летний опыт, следует как можно чаще отказываться от проведения «чистого наркоза», заменяя его разумной альтернативой: аналгоседацией в сочетании с различными видами местной анестезии.

Литература

1. Грицук С.Ф. Анестезия в стоматологии. М.: Мед. информ. агентство, 1998. 303 с.
2. Мишунин Ю.В., Острейков И.Н., Анестезия и седация в амбулаторной стоматологии. Москва–Смоленск, 2002. 244 с.
3. Amrein R. Clinical pharmacology of flumazenil // Eur. J. Anaesthesiol. 1997. №2. P. 116–119.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.314.17-002-08-039.73

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИОДОНТИТА

Г.В. Волченкова, В.П. Загороднова, И.В. Степаненкова

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
МЛПУ «Стоматологическая поликлиника №3», г. Смоленск*

Проблема эндодонтического лечения зубов сохраняет свою актуальность на протяжении длительного периода времени, что связано с высокой распространенностью хронического верхушечного периодонтита, трудоёмкостью лечебных манипуляций, наличием периапикальных очагов инфекции.

Основным фактором возникновения хронического верхушечного периодонтита является микробный. В полости рта выявлено более 300 видов микроорганизмов. Это один из наиболее обсеменённых отделов организма человека. При определённых условиях микрофлора может явиться причиной воспалительного процесса, поэтому основной задачей эндодонтического лечения является устранение микроорганизмов из системы корневых каналов (КК) во время механической и медикаментозной обработки с последующим предотвращением повторного инфицирования эндодонта путём их полной obturации и восстановления твёрдых тканей зуба [1, 4].

Далеко не всегда эндодонтическое лечение можно сразу завершить постоянным пломбированием КК, для этого необходимо наличие ряда критериев [5, 6]. В таких случаях рекомендовано использовать временное пломбирование КК нетвердеющими пастами, которые позволяют в течение определённого времени поддерживать на достаточно высоком уровне концентрацию лекарственных веществ, входящих в их состав.

В настоящее время на стоматологическом рынке имеется большой выбор паст для временной obturации КК. Для каждой из них есть свои показания. Так, паста «Пульпосептин» (фирма «Омега») в своём составе содержит два антибактериальных препарата с широким диапазоном антисептического и противогрибкового действия и дексаметазон, обладающий противовоспалительным и десенсибилизирующим действием.

Самая большая группа нетвердеющих паст содержит гидроокись кальция. Они обладают антибактериальным действием из-за высокого pH, разрушают некротические ткани, стимулируют остео- и дентиногенез, участвуют в реакции свертывания крови. В соединении с влагой материалы увеличиваются в 2,5 раза, закупоривая микроканалы [2, 3]. Одним из представителей данной группы является паста «Метапекс» (Корея).

Наличие многочисленных исследований и дискуссий на эту тему – это показатель неудовлетворительных результатов эндодонтического лечения, что является причиной поиска новых методов и материалов на каждом этапе лечения пульпита и периодонтита.

Целью нашего исследования явилось сравнение клинико-рентгенологических результатов лечения зубов у больных с деструктивными формами периодонтита различными пастами для временного пломбирования КК и их комбинацией в ближайшие и отдалённые сроки наблюдения.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 79 пациентов (86 зубов/131 канал) хроническим верхушечным периодонтитом в возрасте от 18 до 60 лет, обоего пола. Лица с наличием заболеваний пародонта и слизистой полости рта в исследование не включались.

Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от использования временного пломбировочного материала для КК зубов:

I группа – 24 пациента (26 зубов/36 каналов), временное пломбирование КК пастой «Пульпосептин» («Омега»);

II группа – 27 пациентов (28 зубов/42 канала), временное пломбирование КК пастой «Метапекс» (Корея);

III группа – 28 пациентов (32 зуба/53 канала), комбинированное временное пломбирование КК (вначале пастой «Пульпосептин», затем «Метапекс»).

Групповая принадлежность зубов отражена в таблице 1.

Таблица 1.

Зубы	Однокорневые	Многокорневые	
		зубы	каналы
Резцы	15	2	4
Клыки	8	–	–
Премоляры	4	23	26
Моляры	1	26	73
Всего	28	51	103

Каждому пациенту проводили предварительную дентальную рентгенографию для оценки состояния периапикальной зоны и постановки диагноза. В исследование включались зубы с деструктивными поражениями околоверхушечных тканей.

Эндодонтическое лечение зубов у больных всех групп заключалось в тщательной механической обработке КК, расширении их с использованием «RC-Prep». Рабочую длину зуба определяли апекслокатором

«Lumen Ltd.», Латвия. Медикаментозную обработку проводили 1,5% раствором гипохлорита натрия. Затем КК заполнялись нетвердеющей пастой временно. В первой группе для этого использовали пасту «Пульпосептин», которую оставляли на срок 5–7 дней, во второй – «Метапекс» – на 10–14 дней, в третьей группе – вначале в канал вводили пасту «Пульпосептин» на 5–7 дней, а затем «Метапекс» на 10–14 дней. На устье канала помещался ватный тампон, повязка герметично закрывалась пломбой из СИЦ химического отверждения. После удаления временной пасты КК пломбировались гуттаперчевыми штифтами с силером «АН-plus» методом латеральной конденсации.

Все пациенты находились под диспансерным наблюдением. Оценку лечения проводили на основании клинико-рентгенологических данных в непосредственные (в течение 7–10 дней), ближайшие (через 6–8 месяцев) и отдалённые (через 12–15 месяцев) сроки.

Успешными непосредственными результатами считались качественное пломбирование КК и отсутствие воспалительных осложнений; в ближайшие и отдалённые сроки – отсутствие жалоб пациента, клинических признаков патологии периодонта, стабилизация, уменьшение или полное отсутствие очага деструкции в периапикальных тканях.

В непосредственные сроки после лечения 12 пациентов предъявляли жалобы на боли при накусывании на причинный зуб, которые в большинстве случаев купировались самостоятельно в течение 3–5 дней или после назначения физиотерапевтических процедур. В исследование включались только те зубы, где было достигнуто качественное пломбирование всех каналов.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинико-рентгенологические результаты обследования больных в ближайшие сроки после лечения показали, что пациенты I группы жалобы со стороны причинного зуба предъявляли в 5 случаях (23%), в 9% наблюдений имело место обострение

хронического верхушечного периодонтита и образования свищевого хода. Во II группе жалобы на наличие боли предъявляли 7 пациентов (32%); в III группе – 4 пациента (15%). Воспалительных осложнений в последних двух группах не было.

При рентгенологическом исследовании через 6–8 месяцев было обнаружено, что стабилизация процесса имела место у 45% зубов пациентов I и II группы, и в 38% случаев у больных III группы, уменьшение очага деструкции наблюдалось в 41%, 45% и 58% наблюдений, увеличение в 14%, 10% и 4% соответственно,

Анализируя результаты лечения в отдалённые сроки после лечения, было установлено, что в III группе – в 92%, во II группе – в 85%, в I группе в 79% наблю-

дений имелись все признаки успешного завершения проведённого лечения. В остальных случаях результаты не соответствовали установленным критериям успеха. Через 12–15 месяцев наблюдения у них были обнаружены клинические признаки обострения воспаления в периодонте и (или) прогрессирование деструкции костной ткани в периапикальной области корня зуба. Такие зубы были подвергнуты вторичному эндодонтическому лечению.

Заключение

Таким образом, данное исследование позволяет сделать вывод о том, что комбинированное временное пломбирование КК пастой «Пульпосептин», обладающей противовоспалительным и антимикробным действием и препаратом «Метапекс», способ-

ствующим репаративным процессам в костной ткани, позволяет улучшить качество эндодонтического лечения зубов с деструктивными формами хронического верхушечного периодонтита.

Литература

1. Мамедова Л.А. Искусство эндодонтии. М., 2005. 116 с.
2. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая стоматологическая стоматология. СПб., 2001. С. 250–305.
3. Павлова Н.В., Кисельникова Л.П., Чибисова М.А. Результаты применения кальцийсодержащего препарата «Calasept» при лечении деструктивных форм периодонтита // Институт стоматологии. 2003. №3. С. 10–11.
4. Петрикас А.Ж. Тверь, 2000. С. 200–368.
5. Суржанский С.К., Паламарчук Ю.Н., Стрелковская О.Н. и др. Реставрационные материалы и основы практической эндодонтии. Киев, 2004. 319 с.
6. Хоменко Л.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия. Киев, 2002. 208 с.

УДК 616.314.18-002.4

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ДВУХ РЕГИОНОВ)

Н.А. Голева, Л.М. Цепов, А.Н. Николаев, Н.В. Сорокина

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
Калужская областная стоматологическая поликлиника*

Наиболее важными причинами широкого распространения тяжелых форм заболеваний пародонта являются недостатки в обследовании пациентов, отказ последних от лечения, отсутствие широкой сети специализированной помощи и комплексного лечения заболеваний пародонта на ранних стадиях их развития [1, 3].

Одним из методов анализа стоматологической помощи населению, повышения

уровня учебного процесса является метод анкетирования врачей-стоматологов [4]. Опрос – это обращение за исходной информацией к различным людям (в данном случае – к специалистам-стоматологам), наиболее распространенный метод сбора первичной стоматологической информации, позволяющий в сжатые сроки регистрировать мнения специалистов о процессе и результатах их деятельности [2].

Материал и методы

Для выполнения исследования нами по специально составленной анкете выявлялась частота использования различных методов диагностики заболеваний пародонта, консультаций больных с указанной патологией «смежными» специалистами (таблица 1). В анкетировании приняли участие 29 врачей-стоматологов муниципальных лечебных учреждений Смоленской облас-

ти (АССО), 41 частнопрактикующий врач Смоленской области (ЧПВ) и 50 врачей-стоматологов города Калуги. По профилю своей работы опрошенные врачи-стоматологи распределились следующим образом: терапевты-стоматологи – 45,7%; стоматологи общей практики – 24,4%; стоматологи детские – 15,7%; ортопеды-стоматологи – 12,8%; хирурги-стоматологи – 1,4%.

Таблица 1.

Частота применения методов диагностики заболеваний пародонта стоматологами городов Смоленска и Калуги (%; М± m; В – всегда; И – иногда; Н – никогда)

Методы исследования	АССО (n=29)			Калуга (n=50)			ЧПВ-стоматологи (n=41)			Всего (n=120)		
	В	И	Н	В	И	Н	В	И	Н	В	И	Н
Анамнез, жалобы	93,1 ±4,7	6,9 ±4,7	-	100	-	-	100	-	-	98,3 ±1,2	1,7 ±1,2	-
Смотр рта	100			100			97,5 ±2,4	2,5 ±2,4	-	97,5 ±1,4	2,5 ±1,4	-
Подвижность зубов	51,7 ±9,3	48,3 ±9,3	-	46,0 ±7	54,0 ±7	-	65,9 ±7,4	34,1 ±7,4	-	54,2 ±4,5	45,8 ±4,5	-
Глубина пар. карм.	20,7 ±7,5	62,0 ±9	17±7	2,0 ±1,9	50,0 ±7	48 ±7	7,3 ±4	80,5 ±6,1	12,2 ±5	8,3 ±2,5	63,4 ±4,3	28,3 ±4
Исп-е пар. зонда	6,9 ±4,7	34,5 ±8,9	58,6 ±9,0	2,0 ±1,9	36,0 ±6,8	62 ±6	2,5 ±2,4	36,5 ±7,5	61,0 ±7,6	3,4 ±1,6	35,8 ±4,4	60,8 ±4,4
Пальп-я десны	41,4 ±9	41,4 ±9	17,2 ±7	16,0 ±5,2	80,0 ±5,6	4 ±2,7	26,8 ±6,9	53,6 ±7,8	19,5 ±6,2	25,8 ±4	61,7 ±4,4	12,5 ±3
Перкуссия зубов	75,8 ±7,9	24,1 ±7,9	-	80,0 ±5,6	20,0 ±5,6	-	87,8 ±5,1	12,2 ±5,1	-	81,7 ±3,5	18,3 ±3,5	-
Определение глубины пред-рия	27,6 ±8,3	41,4 ±9,0	31,0 ±8,6	2,0 ±1,9	38,0 ±6,8	60 ±7	31,8 ±7,3	53,6 ±7,8	14,6 ±5,5	18,3 ±3,5	44,2 ±4,5	37,5 ±4,4
Окклюд. взаимоотнош.	20,7 ±7,5	65,5 ±8,8	13,8 ±6,4	2,0 ±1,9	54,0 ±7,0	44 ±7	17,0 ±5,8	73,2 ±6,9	9,8 ±4,6	11,7 ±3,0	63,3 ±4,4	25,0 ±4
Дентальная R-графия	68,9 ±8,6	31,1 ±8,6	-	80,0 ±5,6	20,0 ±5,6	-	68,3 ±7,2	29,2 ±7,1	2,5 ±2,4	73,4 ±4,0	25,8 ±4,0	0,8 ±0,8
Ортопантомография чел.	41,4 ±9,0	51,7 ±9,3	6,9 ±4,7	6,0 ±3,3	90,0 ±4,2	4± 2,7	46,2 ±7,7	22,0 ±6,5	31,8 ±7,3	28,4 ±4	57,5 ±4,5	14,1 ±3,2
Визиография челюстей	17,3 ±7,0	51,7 ±9,3	31,0 ±8,6	4,0 ±2,7	24,0 ±6,0	72 ±6	29,3 ±7,1	26,8 ±6,9	43,9 ±7,7	15,8 ±3,3	31,7 ±4,2	52,5 ±4,5
Индекс Федорова-Володк.	20,7 ±7,5	44,8 ±9,2	34,5 ±8,9	-	2,0 ±1,9	98	9,8 ±4,6	53,7 ±7,8	36,5 ±7,5	8,3 ±2,5	30,0 ±4,2	61,7 ±4,4
Индекс РМА	17,3 ±7	51,7 ±9,3	31,0 ±8,6	-	-	100	24,9 ±6,7	41,5 ±7,7	53,7 ±7,8	5,8 ±0,5	26,7 ±2,4	67,5 ±4,3
Индекс СРИТН	10,4 ±5,6	20,7 ±7,5	68,9 ±8,6	-	-	100	2,5 ±2,4	41,5 ±7,7	56 ±7,7	3,4 ±1,7	19,1 ±3,6	77,5 ±4,6
Проба Кулаженко	3,4 ±3,3	13,8 ±6,4	82,8 ±7	-	-	100	-	12,2 ±5,1	87,8 ±5,1	0,8 ±0,8	7,5 ±2,4	91,7 ±2,5
Полярография	-	6,9 ±4,7	93,1 ±4,7	-	-	100	-	4,9 ±3,3	95,1 ±3,3	-	3,3 ±1,6	96,7 ±1,6
Реопародонтография	-	10,4 ±5,6	89,6 ±5,6	-	-	100	-	12,2 ±5,1	87,7 ±5,1	-	6,7 ±2,3	93,3 ±2,3
Общий анализ крови	10,4 ±5,6	48,3 ±9,3	41,4 ±9	-	56,0 ±7	44 ±7	2,5 ±2,4	48,8 ±7,8	48,8 ±7,8	-	53,3 ±4,5	43,3 ±4,5
Биохим. анализ крови	10,4 ±5,6	41,4 ±9	48,3 ±9,3	-	8,0 ±3,8	92 ±3,8	2,5 ±2,4	85,3 ±5,5	12,2 ±5,1	3,4 ±1,6	42,5 ±4,5	54,1 ±4,5
Анализ мочи	6,9 ±4,7	38,0 ±9	55,1 ±9,2	-	-	100	-	24,4 ±6,7	75,6 ±6,7	1,7 ±1,2	17,5 ±1,6	80,8 ±3,6
Анализ слюны	6,9 ±4,7	27,6 ±8,3	65,5 ±8,8	-	-	100	-	17,0 ±5,8	82,9 ±5,8	1,7 ±1,2	12,5 ±3,0	85,8 ±3,2
Глюкоза крови	10,4 ±5,6	44,8 ±9,2	44,8 ±9,2	2,0 ±1,9	46,0 ±7	52 ±7	2,5 ±2,4	82,9 ±5,8	14,6 ±5,5	0,8 ±0,8	58,3 ±4,5	40,9 ±4,5
Консультации других врачей	24,2 ±7,9	68,9 ±8,6	6,9 ±4,7	2,0 ±1,9	64,0 ±6,8	34 ±6,7	9,8 ±4,6	90,2 ±4,6	-	10,0 ±2,4	74,1 ±4,0	15,9 ±3,3

Результаты исследования и их обсуждение

Как показывает анализ данных таблицы, сбор анамнеза и оценка жалоб больных осуществлялись врачами обоих регионов практически всегда (97,5% и 98,3%). Определение подвижности зубов проводили всегда 54,2% респондентов, иногда – 45,8%. Пальпация края десны проводилась: всегда – 25,8%; иногда – 61,7%; никогда – 12,5%. Дентальная рентгенография: всегда – 73,4%; иногда – 25,8%; никогда – 0,8%. Ортопантомография челюстей применялась: всегда – 28,4%; иногда – 57,53%; никогда – 14,1%. Визиографическое исследование челюстей проводилось: всегда – 15,8%; иногда – 31,7%; никогда – 52,5%.

Ещё реже применялась индексная оценка состояния пародонта. Так, определение индекса по Федорову-Володкиной в диагностических целях применялось: всегда – 8,3%; иногда – 30,0%; никогда – 61,7%. Индекс РМА: 5,8%, 26,7% и 67,5% соответственно. Индекс СРITN – 3,4%; 19,1 и 77,5%.

Удручающе выглядит ситуация с лабораторными исследованиями и консультациями специалистов не стоматологического профиля. Содержание глюкозы в крови

определяли: всегда – 0,8%, иногда – 58,3% и никогда – 40,9% врачей. К помощи эндокринологов, гастроэнтерологов и гематологов стоматологи прибегали: всегда – 10,0%; иногда – 74,1% и никогда – 15,9%.

Частота использования с диагностической целью тех или иных методов исследования при заболеваниях пародонта колебалась у врачей различных групп. Так, например, вполне естественным представляется использование визиографического исследования челюстей частнопрактикующими врачами (всегда – $29,3 \pm 7,1\%$) при $17,3 \pm 7\%$ врачами в г. Смоленске и $4,0 \pm 2,7\%$ в г. Калуге.

Таким образом, наше исследование показывает, что по разным причинам стоматологи в диагностических целях ограничиваются лишь минимумом исследований.

Тем не менее, информировали своих пациентов о наличии у них заболевания пародонта 97,1% врачей, не информировали – 2,9%. В подавляющем большинстве (95,7%) пациентам предлагалось лечение по поводу этого заболевания; 4,3% – не предлагали такого лечения.

Заключение

Настоящее время ставит перед нами непростые проблемы, а на пути их решения мы сталкиваемся с многочисленными препятствиями, которые, накапливаясь, затрудняют дальнейшее развитие пародонтологической помощи населению регионов.

Медицинский бизнес, который является неотъемлемым компонентом современного здравоохранения, вносит важные изменения в методологию и содержание стоматологической (и пародонтологической) помощи.

Важность вышесказанного позволяет обратить внимание Минздравсоцразвития России, СТАР, региональных стоматологических ассоциаций и обществ, фондов обязательного медицинского страхования

на важную роль такой «рядовой» ветви медицины как стоматология и ее раздел – пародонтология, которые социально ориентированы, тесно связаны с другими медицинскими службами и играют важную роль в реальных возможностях здравоохранения.

Всем нам необходимо находить новые формы работы, использовать новые технологии, как в диагностике, так и в лечении стоматологических заболеваний и оказывать специализированную помощь, насыщенную новыми знаниями, которые, наряду со специализацией стоматологического учреждения, профессиональным уровнем врача помогут повысить качество такой помощи.

Литература

1. Белоусов Н.Н. Причины широкого распространения тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. 2005. № 3(36). С. 10–13.
2. Бутенко И.А. Анкетный опрос как общение социолога с респондентами: Учеб. пособие для ун-тов. М.: Высшая школа, 1989. 176 с.

3. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему / Л. М. Цепов. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 192 с.
4. Юсупова Л.Г. Основы критериев качества диагностики и лечения гингивита // Казанский медицинский журнал. 2006. Т.87. №5. С. 393–394.

УДК 616. 314-002: 616. 248+ 612.017.1

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

И.В. Купрева

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

В литературе имеются данные, свидетельствующие о наличии значительной части пациентов, страдающих внутренней патологией, в частности, бронхиальной астмой, которая оказывает влияние на возникновение заболеваний органов рта, усугубляющих, в свою очередь, течение основного воспалительного процесса. Причём, степень выраженности изменений зубочелюстной системы коррелирует с тяжестью и длительностью течения бронхиальной астмы [1, 2, 4].

Особый интерес вызывают работы, в которых исследователи отмечают весьма значимый удельный вес состояния и изменения иммунной системы целостного организма как инициаторного фактора для возникновения кариеса и его осложнений.

Материал и методы

Для оценки результатов проводимого исследования были выделены следующие группы:

1 группа – доноры станции переливания крови, не имеющие кариеса зубов, с интактными зубами, либо имеющие 1–2 пломбированных зуба по поводу кариеса с санированным ртом (35);

2 группу составили пациенты без наличия какой-либо соматической патологии, но имеющие кариес зубов и его осложнения (56);

3 группа – больные бронхиальной астмой, имеющие поражения твёрдых тканей зубов в виде кариеса и его осложнений (54). Возраст всех исследуемых составил 15–19 лет.

Оценивали поражённость зубов кариесом с помощью коэффициента распро-

Местный иммунитет рта является частью системного иммунитета, зависит от него и сам оказывает влияние на его состояние.

В литературе известны доказательства зависимости развития кариеса зубов от состояния местного иммунитета рта [3].

Однако, сведений о влиянии изменений в иммунной системе пациентов при бронхиальной астме на состояние тканей и органов рта, течение стоматологических заболеваний недостаточно.

Целью исследования явилось изучение влияния стоматологической патологии на состояние системного и местного иммунитета у больных, страдающих бронхиальной астмой.

странённости и интенсивности поражения (КПУ), состояние тканей пародонта – путём пальпации дёсен, зондирования клинических карманов, оценки подвижности зубов, индикации и оценки «зубного» налёта, пробы Шиллера-Писарева, рентгенологического исследования (ортопантомографии). Уровень местного иммунитета рта исследовали путём определения содержания sIgA в слюне методом простой радиальной иммунодиффузии по Mancini.

Оценка иммунного статуса проводилась с использованием общепринятых методик.

Состояние местного иммунитета оценивали по содержанию sIgA, IgA, IgG в смешанной нестимулированной слюне, факторов местной неспецифической защиты –

по уровню β -лизинов, определяемому ускоренным методом и концентрации лизоцима турбидиметрическим методом.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных данных показал, что у больных бронхиальной астмой, имеющих кариес зубов и хронические очаги одонтогенной инфекции, обнаружено более глубокое угнетение Т-клеточного звена иммунитета: выраженное снижение содержания Т-лимфоцитов ($43,4 \pm 1,44$), в группе сравнения ($87,3 \pm 1,84$), усугубление дисбаланса субпопуляций T_x и T_c с увеличением ИРИ до $3,7 \pm 1,05$ (в группе сравнения – $1,8 \pm 1,45$).

Как следует из таблицы 1, при КПУ ≥ 5 у 2 группы пациентов характерно увеличение содержания IgA и IgG, а также снижение содержания IgM в крови.

Существенное снижение содержания IgG было выявлено у пациентов с множественным кариозным поражением.

У больных бронхиальной астмой среднее значение индекса КПУ было ($7,59 \pm 0,45$) значительно больше, чем у пациентов 1-ой группы ($2,13 \pm 0,33$) и 2-ой группы ($6,13 \pm 0,44$) ($p < 0,001$). Причём, по мере увеличения длительности заболевания бронхиальной астмой поражённость зубов кариесом возрастает. Поражение моляров нами отмечено в 58,47%, резцов – в 37,29%, в т.ч. нижних – 18,2%. Из 410 поражённых зубов в 256 обнаружено по 2 полости, в 121 – 3 и в 16 – по 4 кариозных полости. Причём, характерна множественность поражения зубов, наличие нескольких кариозных полостей (до 5) в одном зубе и быстрое разрушение их, особенно после подключения к базисной терапии бронхиальной астмы системных глюкокортикостероидов. Кариес зубов у больных бронхиальной астмой

Цифровой материал обработан статистически с использованием критерия t Стьюдента и программного обеспечения Ms Excel.

характеризуется бессимптомным течением, быстрым разрушением различных групп зубов и развитием осложнений в виде деструктивных форм верхушечного периодонтита.

Из некариозных поражений твёрдых тканей у 7 больных бронхиальной астмой была выявлена эрозия эмали, у 5 отмечалась гиперестезия зубов, у 3 – клиновидный дефект. Во 2-ой группе только у 1 пациента был выявлен клиновидный дефект.

Особого внимания заслуживают особенности клинического течения стоматологической патологии у больных бронхиальной астмой. Знание этих особенностей, а также зависимости течения стоматологических заболеваний от иммунного статуса организма имеет важное значение для диагностики и профилактики поражения твёрдых тканей зубов некариозного и кариозного происхождения, а также заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта, повышения эффективности лечения и рациональной реабилитации больных с сочетанной патологией.

Анализ состояния тканей пародонта показал, что у 18 пациентов 3-ей группы имелись выраженные воспалительные изменения в тканях пародонта в виде гингивита средней и тяжёлой степени. Причём, процесс поражения носит хронический генерализованный характер и у 11 больных – хронический генерализованный пародонтит с преобладанием тяжёлой формы. Во 2-ой группе только у одного пациента было выявлено наличие хронического генерализо-

Таблица 1.
Состояние гуморального системного и местного иммунитета исследуемых пациентов

Группа исследуемых	Кровь			Слюна		
	IgA	IgM	IgG	sIgA	IgA	IgG
	г/л					
1	$2,39 \pm 1,13$	$1,03 \pm 0,87$	$15,78 \pm 0,28$	$1,89 \pm 1,29$	$0,18 \pm 0,07$	$0,59 \pm 0,19$
2	$2,28 \pm 1,17$	$0,99 \pm 0,69$	$14,96 \pm 0,15$	$1,67 \pm 1,31$	$0,24 \pm 0,03$	$0,70 \pm 0,21$
3	$2,18 \pm 1,16$	$1,02 \pm 0,71$	$13,85 \pm 0,13$	$1,09 \pm 1,28$	$0,22 \pm 0,06$	$0,64 \pm 0,27$

ванного гингивита лёгкой степени. Полученные данные подтвердили, что изменения в тканях пародонта у больных бронхиальной астмой во многом определяются длительностью и тяжестью течения соматического заболевания. У пациентов 1 группы заболеваний пародонта не выявлено.

При анализе состояния слизистой оболочки рта выявлено, что у 14 пациентов 3-ей группы преобладала обложенность языка, у 16 отмечалось наличие эксфолиативного хейлита, у 8 – складчатость языка, у 8 – кандидозный глоссит, у 1 – лейкоплакия курильщика.

Заключение

У больных с сочетанной патологией наряду с изменениями системного иммунитета имеют место изменения и со стороны местного иммунитета.

Кроме того, нами отмечено изменение показателей факторов неспецифической защиты организма у больных 3-ей группы (при низком содержании sIgA в слюне выявлено высокое содержание лизоцима ($28,59 \pm 1,80$ мкг/мл, во 2-ой группе – $13,44 \pm 0,32$ мкг/мл)).

Оценка показателей местного иммунитета позволила установить, что у больных бронхиальной астмой (3 группа) уровень sIgA в слюне был значительно понижен (табл. 1), что свидетельствует о существенных сдвигах со стороны важнейшего фактора местного иммунитета.

Полученные данные помогут выработать дифференцированный подход к выбору врачебной тактики при лечении стоматологических заболеваний у больных, страдающих бронхиальной астмой.

Литература

1. Вольхина В.Н. Клинико-лабораторная характеристика состояния полости рта и профилактика стоматологических заболеваний у детей с бронхиальной астмой: Дис. ... к. м. н. Екатеринбург, 2000. 136 с.
2. Заторофф М. Симптомы внутренних болезней. М., 1997. 439 с.
3. Овруцкий Г.Д., Марченко А.И., Зелинская Н.А. Иммунология кариеса зубов. К., 1991. 96 с.
4. Саидкаримова У.А., Убайдуллаев А.М., Мамеков К.С. Санация полости рта при заболеваниях бронхиальной астмой // Медицинский журнал Узбекистана. 1991. №3. С. 30–32.

УДК 616.3:618

ФОРМИРОВАНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА С БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Н.С. Орегова

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
МЛПУ «Клинический родильный дом», г. Смоленск*

Каждый человек может быть отнесен к определенному типу личности или охарактеризован через комбинацию нескольких типологических особенностей, которые являются результатом взаимодействия множества факторов: социокультурных, личностных и др. Поведение личности определяется взаимодействием между личностными особенностями и характеристи-

ками её окружения [1]. Психологический статус беременных женщин характеризуется определенными особенностями, например, повышением уровня тревожности, которую можно объяснить самой беременностью – серьезной физической и психологической нагрузкой на организм [2].

Взаимоотношения врачей-стоматологов и пациенток, особенно беременных жен-

щин и родильниц являются одной из сложнейших проблем в стоматологии [3]. В литературе имеются лишь отдельные сообщения [4], освещающие эту проблему, например, при взаимоотношениях стоматологов с детьми-пациентами. Единичные публикации [5, 6] посвящены оценке психоэмоционального состояния беременной женщины и её стоматологического статуса в период беременности. Так, отмечено [7] более интенсивное поражение тканей пародонта при высоком уровне психоэмоционального напряжения, определяемого по тесту Люшера. Психоэмоциональное состояние беременных женщин тесно связано с нарастанием воспалительных изменений пародонта во II и III триместрах. Тревожные и депрессивные расстройства, имеющие затяжной и стойкий характер, со склонностью к психосоматическим реакциям и асоциальным тенденциям, способству-

ют развитию воспалительных заболеваний пародонта в период беременности [5].

У беременных по разным причинам ограничено выполнение целого ряда врачебных мероприятий (рентгенологического исследования, местной анестезии, способов медикаментозной коррекции психоэмоционального статуса). Обычно для решения сложных социально-гигиенических проблем требуется сочетание многих методов и различных технических средств. В зависимости от специфики поставленной задачи их набор может быть различным [8]. Свои особенности имеются и при решении таких проблем с беременными женщинами.

Цель исследования – совершенствование методов профилактики и лечения заболеваний пародонта у беременных на основе разработки и внедрения принципов формирования и оценки взаимоотношений врача-стоматолога и пациенток-беременных.

Материал и методы

Для реализации цели нами разработана формализованная шкала оценки взаимоотношений стоматолога и пациенток-беременных на этапах стоматологического приема. Обследовано 102 пациентки (10 – первородящих и 92 – повторнородящих). У 75 (73,5%) беременность протекала с осложнениями: у 25 (24,5%) – была угроза прерывания; у 35 (34,3%) – диагностирова-

на анемия; у 15 (14,7%) беременность протекала с токсикозом. У 52 беременных этой группы осуществлена оценка общения их с врачом-стоматологом при проведении лечебно-диагностических мероприятий. При обследовании беременных не использовались индекс СРITN, проба Кулаженко, так как в повседневной практике в настоящее время они практически не применяются [9].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования представлены в виде таблиц 1, 2, 3.

Данные таблицы 1 показывают высокую нуждаемость беременных женщин как в первичной, так и во вторичной профилактике заболеваний зубов и пародонта.

Из таблицы 2 обращает на себя внимание тот факт, что лишь 12,7% пациенток не нуждались в консультациях и помощи врачей соматического профиля и 22,5% – врачей стоматологического профиля. Лишь каждой четвертой беременной необходима была помощь только одного из специалис-

тов этих профилей. Остальным была показана консультативная помощь нескольких специалистов.

Анализ данных таблицы 3 показывает, что подавляющее большинство беременных позитивно оценивают участие стоматолога при проведении последним лечебно-диагностических манипуляций. На профессионально-коммуникативном (опрос, осмотр) этапе этот позитивный настрой был более выраженным, чем на этапе профессионально-лечебных (препарирование и пломбирование зубов) манипуляций.

Заключение

Предложенная нами стандартизованная шкала оценки взаимоотношений и действий врача-стоматолога с беременными пациен-

тками на стоматологическом приеме может стать основой для разработки модели деятельности стоматолога, рассчитанной на

Таблица 1.

Потребность беременных в лечении и диспансеризации с учетом выявленной патологии и общего состояния организма

Виды оздоровительных мероприятий	N	%, M± m
<i>I. Нуждаемость в первичной профилактике</i>		
1. Повышение мотивации к проведению профилактики	72	70,6±4,5
2. Гигиеническое воспитание	44	43,1±4,9
3. Выявление общих системных заболеваний и нуждасности в консультациях врачей соматического профиля:		
1) гастроэнтеролога	49	48,0±4,9
2) эндокринолога	39	38,2±4,8
3) кардиолога	33	32,3±4,6
4) гематолога	7	6,9±2,5
5) оториноларинголога	34	33,3±4,6
6) психоневролога	34	33,3±4,6
<i>II. Нуждаемость во вторичной профилактике и консультациях специалистов стоматологического профиля</i>		
1) выявление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава	38	37,2±4,7
2) анализ центральной, передней, боковой, задней окклюзии	40	39,2±4,8
3) нуждасность в лечении кариеса	63	61,7±4,8
4) нуждасность в лечении осложнений кариеса	34	33,3±4,6
5) нуждасность в лечении некариозных поражений	13	12,7±3,2
6) нуждасность в консультациях хирурга-стоматолога по поводу пластики уздечек губ, языка, преддверия рта	7	6,8±2,5
7) нуждасность в консультациях пародонтолога	41	40,2±4,8
8) нуждасность в консультации ортодонта и ортопеда-стоматолога для лечения аномалий зубочелюстной системы и дефектов зубных рядов	37	36,3±4,7

Таблица 2.

Потребность беременных пациенток в помощи и консультациях специалистов соматического и стоматологического профилей

Нуждались в консультациях	интернистов		стоматологов	
	n	%, M± m	n	%, M± m
По поводу одной формы патологии	25	24,5±4,2	27	26,5±4,3
По повод двух форм патологии	33	32,3±4,6	11	10,9±3,0
По поводу трех форм патологии	26	25,5±4,3	3	2,9±1,6
По поводу четырех форм патологии	2	1,9±1,3	9	8,8±2,8
По поводу пяти форм патологии	3	2,9±1,4	17	16,7±3,6
По поводу шести форм патологии	-	-	12	11,7±3,1
<i>Не нуждались</i>	13	12,7±3,2	23	22,5±4,1
ВСЕГО	102	100,0	102	100,0

долгосрочное взаимодействие стоматолога и женщины как в период беременности, так и послеродовом периоде. Эта модель включает самостоятельный раздел стоматологического информирования, способствующего повышению мотивации

женщин к сохранению эстетичного внешнего вида, здоровья зубов и десен. Она позволяет определить стиль работы врача-стоматолога, этапы стоматологического приема, требующие дальнейшего совершенствования.

Таблица 3.

**Оценка общения врача-стоматолога при проведении им лечебных
и профилактических манипуляций у беременных**

№	Этапы стоматологического приема	Баллы	n	%, M± m
<i>I. Обращение пациентки к врачу при встрече</i>				
1	По имени и отчеству	2	18	34,6±6,5
2	Абстрактно-позитивное обращение	1	23	44,3±6,8
3	Без обращения (молчание)	0	8	15,4±5,0
4	Явный или скрытый упрек (вопрос)	-1	1	1,9±1,8
5	Негативное обращение	-2	2	3,8±2,6
<i>II. Результаты контакта при встрече</i>				
6	Позитивный	1	46	88,5±4,4
7	Нейтральный	0	6	11,5±4,4
8	Конфликт (негативные заявления) пациентки	-	-	-
<i>III. Оценка гигиены полости рта</i>				
9	С позитивной аргументацией	1	46	88,5±4,4
10	С негативной аргументацией	0	6	11,5±4,4
11	Нет оценки	-1	-	-
<i>IV. Реакция на рекомендации по лечению гингивита</i>				
12	Позитивная (согласие)	1	47	90,4±4,0
13	Нейтральная (безразличие)	0	5	9,6±4,0
14	Негативная (отрицание)	-1	-	-
<i>V. Реакция на демонстрацию методики чистки зубов, работы флоссов на моделях или у зеркала</i>				
15	Позитивная (с интересом)	1	45	86,5±4,7
16	Нейтральная	0	6	11,5±4,4
17	Негативная	-1	1	2,0±1,9
<i>VI. Поведение пациентки во время препарирования и пломбирования зуба</i>				
18	Позитивное	1	45	86,6±4,7
19	Нейтральное	0	3	5,7±3,2
20	Негативное	-1	4	7,7±3,7
<i>VII. Поведение пациентки во время профессиональной чистки зубов</i>				
21	Позитивное	1	50	96,2±2,6
22	Нейтральное	0	-	-
23	Негативное	-1	2	3,8±2,6
<i>VIII. Поведение пациентки во время лечения гингивита</i>				
24	Позитивное	1	48	92,3±3,6
25	Нейтральное	0	3	5,7±3,2
26	Негативное	-1	1	2,0±1,9
<i>IX. Общение пациентки и врача в конце приема</i>				
27	Позитивный настрой на следующие посещения	1	49	94,2±3,2
28	Нейтральное прощание	0	1	1,9±1,8
29	Негативный настрой на следующие посещения	-1	1	1,9±1,8
30	Отказ пациентки от последующего лечения	-	-	1,9±1,8

Литература

1. Алекминская А.Ф. Врач-стоматолог: психологический анализ личностных особенностей в профессиональной деятельности // Институт стоматологии. 2006. № 4. С. 18-19.
2. Барер Г., Орестова Е., Горожева В. Стоматологические заболевания беременных и их связь с особенностями психологического статуса // Cathedra. 2006. Т.5. №4. С. 58-61.
3. Бернадский Ю.И., Бернадская Г.П. Врач и больной в стоматологии. Киев: Здоров'я, 1990. 152 с.
4. Киселева Е.Г. Формирование долгосрочных взаимоотношений стоматологов с детьми и родителями для профилактики и лечения стоматологических заболеваний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 45 с.
5. Покровский М.Ю. Особенности патогенеза и прогнозирование течения стоматологических заболеваний в период беременности: Дис. ... к. м. н. Н.-Новгород, 2002. 174 с.
6. Рытницына И.Л. Характеристика местного иммунитета полости рта у спортсменов в период интенсивных тренировок // Стоматология (специальный выпуск): Материалы III съезда стоматологической ассоциации (общероссийской). М., 1996. С. 73-74.
7. Салтыкова Е.Н. Клинико-лабораторная характеристика состояния полости рта при беременности в юном возрасте: Автореф. дис. ... к. м. н. Омск, 1998. 8 с.
8. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. М.: Медицина, 1986. 208 с.
9. Юсупова Л.Г. Основы критериев качества диагностики и лечения гингивита // Казанский медицинский журнал. 2006. Т.87. №5. С. 393-394.

УДК 616.31-089.23

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ТРЕБУЕТ ПЕРЕСМОТРА КОНЦЕПЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА

Л.М. Ценов

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Воспалительные заболевания пародонта и особенно хронический генерализованный пародонтит (ХГП) – серьезнейшая медико-социальная проблема. Им болеет большинство взрослого населения страны. Вследствие пародонтита ухудшаются не только функция жевательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, но и качество жизни пациентов.

Немаловажное значение в плане этой проблемы имеют большие экономические затраты как отдельных лиц, так и государства. Конкретная величина экономических потерь, затрат на лечение и медико-социальную реабилитацию в России неизвестна. Не подлежит сомнению факт, что существенное улучшение помощи таким больным может быть достигнуто только при резком увеличении бюджетных ассигнований. Россия же, как отметил в интервью для «Медицинской газеты» (№ 30 от 26.04.2006) председатель Совета Федерации С. Миронов, тратит сегодня на здравоохранение, с учетом расходов всех бюджетов, включая систему обязательного медицинского страхования, менее 3% от ВВП. По нормативам же ВОЗ, только для «поддержания» здравоохранения, без учета его развития, необходимо не менее 5% от ВВП [6].

Но также совершенно очевидно и то, что одно лишь оказание лечебной помощи отдельным больным пародонтитом не решит проблему сокращения заболеваемости в популяции. Кардинальные позитивные изменения могут быть достигнуты только путем организации научно обоснованной **системы профилактики, раннем выявлении и лечении воспалительных заболеваний пародонта, особенно на начальной стадии развития последних.**

Прежде всего, представляется обоснованным пересмотр роли факторов риска (ФР) в развитии этих заболеваний. К этому, на-

пример, призывает издатель журнала «Новое в стоматологии» [3]. В частности, исходя из концепции ФР, иногда делаются необоснованные попытки устанавливать непосредственную причинно-следственную связь отдельных факторов риска с развитием ХГП. Концепция ФР в её нынешней распространенной расширенной трактовке не учитывает *патокинеза* (т.е. развития последовательных стадий, клинических форм и анатомических вариантов уже возникшего патологического процесса), приводящих к развитию ХГП у конкретного индивидуума. К сожалению, до сегодняшнего дня мы, например, не научились в клинических условиях с лечебной и профилактической целью регулировать процессы гетероморфного камнеобразования, накопления «зубного» налета, понимать и регулировать взаимодействие микрофлоры полости рта с естественными и патогенными факторами слюны и крови [8]. Поэтому требуется уточнение значимости и реализуемости в практических клинических условиях каждого ФР.

Считается [4], что все заболевания человека подразделяются на наследственные болезни, болезни с наследственной предрасположенностью и болезни, обусловленные преимущественно действием внешнесредовых факторов. В этой связи заболевания, в этиологии которых существенный вес имеет генетическая компонента, но характер которых не может быть объяснен простыми менделевскими правилами, образуют группу так называемых *мультифакториальных* заболеваний (МФЗ). Практически все МФЗ можно подразделить на отдельные формы, различающиеся по вкладу эндогенной, генетической, и экзогенной, средовой, составляющей [9].

Видимо, с медико-социальных позиций следует дифференцировать:

- индивидуальные генетические и биологические факторы, а также некоторые негативные факторы внешней среды, которые при определенных условиях могут формировать патологические процессы, предрасполагающие к развитию ХГП;

- формирующиеся с возрастом патоморфологические процессы как в пародонте, так и в других жизненно важных системах и органах (например, сердечно-сосудистой и эндокринной), обмене веществ;

- непосредственно негативно действующие на пародонт факторы.

В конечном итоге, причина патологии заключается в свойствах макроорганизма, а не того фактора, который в конкретном случае выступает как «возбудитель» патологии [2]. Мы полагаем, что и развившийся («продвинутый») ХГП можно рассматривать как *завершающий этап* сложной цепи взаимосвязанных и взаимообусловленных постепенно развивающихся морфологических *изменений* как в пародонте (основной сущностью которых является перманентная дисрегенерация тканей, поддерживаемая персистенцией пародонтопатогенных повреждающих факторов), так и в организме человека в целом.

Индивидуальные генетические, биологические факторы и негативные факторы внешней среды являются общими для целого ряда заболеваний [5]. Большинство из них поддаются коррекции медико-социальными или психологическими приемами: хронический дефицит жевательной активности, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем, курение, хронический стресс, профессиональные вредности, позднее обращение за стоматологической помощью.

Борьба с перечисленными факторами может стать предметом интегральной популяционной стратегии – комплексных профилактических программ [1], ориентированных на большие контингенты населения. Профилактический потенциал такой популяционной стратегии, направленный на устранение или снижение влияния на здоровье упомянутых корригируемых ФР, чрезвычайно велик. Однако *он может быть реализован только в перспективе*, в условиях целенаправленного финансирования

соответствующих профилактических программ.

Число уже известных и постоянно увеличивающихся факторов риска (значимость и реализуемость каждого из них, несомненно, требует уточнения) развития воспалительных заболеваний пародонта генерализованного характера ставит под сомнение возможность проведения профилактических программ в полном объеме лишь силами врачей-стоматологов. Так же невозможно остановить только лечебными мероприятиями нарастание патологии органов и тканей полости рта [7].

Серьезный импульс отечественному здравоохранению в целом и вопросам профилактики заболеваний, диспансеризации населения дал президент РФ В. В. Путин в послании Федеральному собранию в мае 2006 года, отметив при этом нарастание коммерциализации государственного и муниципального здравоохранения. В этом послании Президента РФ определены основные цели модернизации здравоохранения – обеспечение *доступности* и высокого *качества* медицинской помощи для широких слоев населения, *возрождение профилактики* заболеваний (которую надо усиливать и совершенствовать) как традиции российской медицинской школы.

Для этого необходимо разработать современную *модель* функционирования и развития медицинской *профилактики*, которая должна органично сочетать социально-экономические интересы государства, отрасли здравоохранения и отдельного человека [11]. В связи с этим федеральные и муниципальные органы должны не только укреплять *здравоохранительную систему* в регионах, но и содействовать развитию *профилактической активности не только первичного звена здравоохранения, но и самого населения*, каждого человека, обеспечивая новые возможности для укрепления в России учреждений и институтов реальной профилактики заболеваний [10]. Совершенно прав академик РАМН А. Потапов, который, говоря (МГ № 29 от 21.04.2006) о реализации Национального проекта «Здоровье», подчеркнул, что «*между человеком и болезнью должно встать государство*».

Видимо, в современных условиях вполне целесообразным может стать включение оценки стоматологического статуса в обязательный объем профилактических осмотров основной массы взрослого населения, осуществляемых другими специалистами

(терапевтом, хирургом, окулистом, неврологом, акушером-гинекологом, урологом) в рамках взаимодействия между ЛПУ и страховыми организациями, что значительно увеличит выявление заболеваний зубов и пародонта на ранних стадиях их развития.

Литература

1. Аболмасов Н.Н. Системный подход к диагностике, комплексному лечению и профилактике заболеваний пародонта (клинико-генетическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2005. 37 с.
 2. Агаджанян Н.А., Воложин А.И., Евстафьева Е.В. Экология человека и концепция выживания. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. 240 с.
 3. Вольвач С. О «факторах риска» - замолвите слово... // Новое в стоматологии. 2005. № 8(132). С. 1-2.
 4. Гинтер Е.К. Популяционная генетика и медицина / Вестник РАМН. 2001. №10. С. 25-31.
 5. Дильман В.М. Четыре модели медицины. Л.: Медицина, 1987. 288 с.
 6. Иванов А. Диктатура, которой очень не хватает // МГ № 28 от 19.04.2006. С. 4-4.
 7. Леонтьев В.К., Колпаков В.В., Брагин А.В. Концепция типовой вариабельности - фундаментальная основа системной профилактики и комплексной терапии в стоматологии // Стоматология. 2005. № 5. С. 4-9.
 8. Леонтьев В.К. О состоянии стоматологической науки в России (личный анализ) // Институт стоматологии. 2006. № 1. С. 6-12.
 9. Мазуров В.И., Шавловский М.М. Генетика мультифакториальных заболеваний. Диагностическое и прогностическое значение эндогенных факторов риска // Медицинский академический журнал. 2006. Т.6. №1. С. 73-82.
 10. Михайлова Ю.В., Соболева Н.П., Сковердяк Л.А. Отражение развития профилактики в законодательных актах Российской Федерации // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2005. №6. С. 3-4.
 11. Стародубов В.И., Сковердяк Л.А., Соболева Н.П. Проблемы нормативного обеспечения медицинской профилактики // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2005. № 5. С. 4-7.
-

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 617.52/53-002+615.83

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Н.А. Андрюшенкова, Е.В. Кузьмина

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Количество больных с воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области постоянно растет. Ведущим звеном в лечении такой категории больных является вскрытие гнойного очага и хирургическая обработка гнойной раны с целью удаления некротизированных тканей и микрофлоры, вызвавшей воспалительный процесс.

Развитие плазменных технологий открыло новые возможности для совершенствования техники хирургической обработки гнойной раны. Так, в 1978 году инженером-исследователем А. С. Бересневым была создана первая плазменная медицинская установка – СУПР-М, работающая на инертном газе аргоне [2]. Экспериментальные исследования, проведенные нами и рядом других учёных, показали, что плазменный поток аргона обладает высоким бактериостатическим и бактерицидным действием за счёт содержания в нём большого количества ультрафиолетовых лучей, озона, заряженных частиц.

Материал и методы

Нами обследовано 110 больных с одонтогенными флегмонами одного и нескольких клетчаточных пространств лица и шеи, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы. Среди наблюдавшихся больных мужчин было 68 (61,8%), женщин – 42 (38,2%). Возраст больных колебался от 19 до 67 лет. При поступлении в отделение пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование, предоперационная подготовка. По

В последние годы был создан универсальный аппарат нового поколения «скальпель-коагулятор-стимулятор «ПЛАЗОН», позволяющий получать воздушную плазму, которая является генератором монооксида азота (NO). NO является универсальным регулятором разнообразных биологических процессов в организме человека, как в норме, так и при патологии [1]. Экспериментальным путем был обнаружен дефицит эндогенного оксида азота в тканях гнойных ран, устраняемый либо введением доноров NO, либо его экзогенной доставкой. Способ локального подведения экзогенного оксида азота к тканям получил название NO-терапия [3, 4]. Всё это послужило поводом для использования плазменных потоков в комплексном лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

Цель исследования: оценить эффективность применения плазменных потоков в комплексном лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

способу местного лечения гнойной раны все больные были распределены на 3 группы.

В 1-ю группу вошли 40 пациентов, в комплексном лечении которых использовалась аргоновая плазма для обработки гнойной раны по разработанной нами методике. После вскрытия гнойного очага и обработки его раствором антисептика рана высушивалась, края её разводились тупыми крючками, и с расстояния 15 см в течение 3–5 минут вся раневая поверхность обрабатывалась расфокусированным

плазменным потоком аргона с помощью плазменной хирургической установки СУПР-М. Затем раневая полость дренировалась полихлорвиниловой трубкой и накладывалась повязка с антисептиком. Полный курс лечения состоял из 5–7 сеансов.

2-ую группу составили 40 человек, в комплексное лечение которых была включена обработка гнойной раны воздушно-плазменным потоком с помощью аппарата «ПЛАЗОН» по разработанной нами методике. После вскрытия гнойного очага и обработки его раствором антисептика раневая поверхность обрабатывалась в режиме щадящей коагуляции с помощью манипулятора-коагулятора с расстояния 15 см до появления нежной коагуляционной пленки продолжительностью 5–7 секунд на 1 см² раневой поверхности. Суммарное время воздействия соответствовало общей площади раны. По мере очищения раны от некротических тканей (2–3 суток) применяли воздушно-плазменный поток в режиме NO-терапии с помощью манипулятора-стимулятора. Расстояние от сопла плазмоторона до тканей составляло 7,0–8,0 см, время экспозиции 8–10 секунд на участок раны площадью 1,0 см². Суммарная продолжительность воздействия соответствовала общей площади раны. В среднем на курс лечения больные получали 1–2 процедуры щадящей воздушно-плазменной коагуляции и 5–7 процедур NO-терапии.

3-ю контрольную группу составили 30 человек, у которых применялись традиционные методы местного лечения гнойной раны (ежедневные промывания раны ан-

тисептиками и ЭП УВЧ № 7–10 на зону воспаления). Исследуемые выборки были репрезентативны в отношении пола, возраста больных и наличия сопутствующей патологии.

Эффективность лечения оценивалась на основании общего состояния больного, динамического клинического наблюдения за раневым процессом, учитывались сроки стихания воспалительной реакции – гиперемии, отека окружающих тканей, болевого симптома, сроков очищения и гранулирования раны, появление краевой эпителизации, закрытия раны швами. Для объективного наблюдения за течением раневого процесса проводили цитологическое изучение раневых мазков-отпечатков, бактериологическое исследование раневого экссудата. Забор материала для этих исследований производили у всех 110 больных на 1-е, 3-и сутки и перед закрытием раны швами.

Результаты клинико-лабораторных методов исследования были подвергнуты статистической обработке при помощи ЭВМ и универсального пакета «Statgraphics Plus v. 5.1.». Применялись методы параметрической (парный и непарный критерий Стьюдента) и непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни, критерий Вилкоксона). Производили расчет средней арифметической величины – M , средней ошибки – m и доверительного коэффициента – p . Различия сравниваемых выборок считались достоверными при степени вероятности безошибочного прогноза равной и более 95% ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Клинические наблюдения выявили существенные различия в динамике течения гнойно-воспалительного процесса у больных 1-й, 2-й и контрольной групп. Нормализация температуры тела у пациентов 1-й группы происходила на $2,3 \pm 0,4$ сутки, у пациентов 2-й группы на $2,0 \pm 0,13$ сутки, а в группе сравнения через $4,1 \pm 0,4$ сутки ($p < 0,05$). Все больные 1-й и 2-й групп отмечали после плазменного воздействия значительное облегчение и уменьшение болей. Так, полное купирование болевого симптома происходило у пациентов 1-й группы

в среднем через $1,8 \pm 0,4$ сутки, у больных 2-й группы – к концу $1,29 \pm 0,16$ суток, тогда как в контрольной группе это происходило через $4,9 \pm 0,6$ суток ($p < 0,05$).

При использовании плазменных потоков было отмечено более быстрое стихание острого воспалительного процесса. Так отек и инфильтрация мягких тканей в области раны у пациентов 1-й и 2-й групп купировались в среднем на 3–4 дня раньше по сравнению с пациентами контрольной группы. Кроме того, было отмечено, что у больных 1-й и 2-й групп уже

на 3-и сутки рана практически очищалась от гнойно-некротических масс, прекращалась экссудация и появлялись грануляции, что позволяло накладывать этой ка-

тегории пациентов ранние вторичные швы. У больных контрольной группы рана очищалась в среднем только к 7-м суткам (табл. 1).

Таблица 1.

Сравнительная характеристика изменения основных клинических параметров течения раневого процесса у больных сравниваемых групп по суткам

Клинические параметры	Сравниваемые группы (M±m)* сутки		
	1-я группа n=40	2-я группа n=40	3-я группа n=30
Купирование перифокального отека	2,35±0,21*	1,48±0,16**	3,15±0,20***
Купирование инфильтрации мягких тканей	3,74±0,12*	3,48±0,17**	6,81±0,41***
Очищение раны от некротических тканей	3,87±0,3*	3,67±0,13**	6,35±0,22***
Начало гранулирования	3,7±0,18*	3,67±0,14**	6,38±0,24***
Появление краевой эпителизации	3,32±0,22*	2,62±0,16**	4,96±0,29***

* – различия показателей достоверны по сравнению с показателями 2-й группы (p<0,05);

** – различия показателей достоверны по сравнению с показателями 3-й группы (p<0,05);

*** – различия показателей достоверны по сравнению с показателями 1-й группы (p<0,05).

Результаты клинических наблюдений сочетались с данными цитологических исследований. На первые сутки цитограммы у больных всех групп мало отличались и характеризовались дегенеративным типом клеточной реакции. Уже на 3-е сутки были выявлены различия в динамике цитологических показателей. Так количество нейтрофилов с признаками дистрофических нарушений в мазках-отпечатках у больных 1-й группы составило в среднем 1,2%, 2-й группы – 1,8%, а у больных контрольной группы – 22,4%. Одновременно с этим наблюдался рост количества макрофагов. В 1-й группе больных они составляли 12%, во 2-й группе – 13,4%, в то время как в контрольной группе – 4,2%. Так же значительные различия наблюдались в динамике количества фибробластов в сравниваемых группах. У больных 1-й группы их количество возрастало до 8%, во 2-й группе до 8,9%, в группе сравнения их было лишь 2,3% (рис. 1).

Данные, полученные при цитологическом исследовании мазков-отпечатков, убедительно свидетельствуют о том, что под влиянием плазменных потоков происходит активизация репаративного процесса с ускорением очищения раны, ростом и созреванием грануляционной ткани.

Анализ бактериограмм на 1-е сутки после операции показал, что микробный пейзаж раневого отделяемого был разнообра-



Рис. 1. Основные показатели цитограмм у больных сравниваемых групп на 3-и сутки

зен. Анаэробные ассоциации составили 44%, в 43% случаев высевались различные штаммы стафилококка, 13% приходилось на долю других видов микроорганизмов. При проведении динамического бактериологического контроля было выявлено, что у больных 1-й и 2-й групп уже на 3-и сутки было зарегистрировано отсутствие роста раневой микрофлоры в 80% наблюдений, при этом все выросшие колонии бактерий количественно характеризовались I степенью роста. У пациентов контрольной группы в этот же срок было выявлено отсутствие роста микроорганизмов только в 30% наблюдений. В количественном отношении выросшие колонии в 78,2±0,32% случаев характеризовались III-IV степенью роста, в 8,7±0,34% случаев – II степенью роста, в 13,1±0,26% – I сте-

пенью роста, что статистически значимо отличалось от этих показателей больных 1-й и 2-й групп ($p < 0,05$).

К 5-м суткам все посеы раневого отделяемого больных, получавших расфокусированный плазменный поток аргона и NO-терапию, были отрицательными. Тогда как у больных, получавших стандартное местное лечение гнойной раны, даже на 7-е сутки у 47% обследованных пациентов было выявлено наличие жизнеспособной микрофлоры в раневом экссудате, при этом $46,6 \pm 0,31\%$ культивированных бактерий имели III степень роста, $32,8 \pm 0,26\%$ – II степень, остальные $20,6 \pm 0,22\%$ характеризовались I степенью роста, что с высокой степенью достоверности отличалось от показателей больных основной группы на 5-е сутки ($p < 0,05$).

Эти данные свидетельствуют о выраженных бактерицидных свойствах плазменных потоков и полностью соответствуют сро-

кам прекращения гнойной экссудации и очищения раны у обследуемых больных.

Быстрое купирование воспалительного процесса, очищение раны от некротических тканей, прекращение экссудации, развитие грануляционной ткани, регенераторный тип цитогрaмм, отсутствие роста раневой микрофлоры на фоне плазменного воздействия создавало благоприятные условия для закрытия раневой поверхности в короткие сроки. Так, у больных 1-й группы были наложены ранние вторичные швы в среднем на $6,02 \pm 0,14$ сутки, у пациентов 2-й группы – на $5,35 \pm 0,17$ сутки ($p < 0,05$), что достоверно отличается от показателей контрольной группы больных в среднем на 3–4 суток (табл. 2). В результате этого продолжительность стационарного лечения больных 1-й и 2-й групп сократилась в среднем на 4,0–4,9 койко-дня, по сравнению с больными, получавшими стандартное местное лечение гнойной раны ($p < 0,05$).

Таблица 2.

Сравнительная характеристика результатов лечения больных сравниваемых групп

Группы	Клинические параметры	Сроки наложения швов на рану по суткам (M+m)*	Продолжительность стационарного лечения в сутках (M+t)*
1-я группа n=40		$6,02 \pm 0,14^*$	$7,8 \pm 0,32^*$
2-я группа n=40		$5,35 \pm 0,17^{**}$	$6,95 \pm 0,26^{**}$
3-я группа n=30		$8,96 \pm 0,27^{***}$	$11,85 \pm 0,45^{***}$

* – различия показателей достоверны по сравнению с показателями 2-й группы ($p < 0,05$);

** – различия показателей достоверны по сравнению с показателями 3-й группы ($p < 0,05$);

*** – различия показателей достоверны по сравнению с показателями 1-й группы ($p < 0,05$).

Заключение

Проведенные исследования показали, что у больных с флегмонами лица и шеи, в комплексное лечение которых входила обработка гнойного очага плазменными потоками, значительно сокращаются все фазы течения воспалительного процесса, что позволяет наложить вторичные швы на рану в среднем на 3–4 дня раньше, чем в группе сравнения. Это приводит к предотвращению развития госпитальной инфекции, к сокращению сроков выздоровления с хорошим косметическим эффектом, что позволяет рекомендовать

данные методики лечения для широкого внедрения в клиническую практику.

Кроме этого, установлено, что аппарат «Плазон» имеет целый ряд преимуществ по сравнению со своим предшественником, плазменной хирургической установкой типа СУПР-М. Во-первых, рабочим газом в аппарате «Плазон» служит атмосферный воздух, что не требует дополнительного оборудования и заправки газовых баллонов дорогостоящими газами (аргоном или гелием). Во-вторых, аппарат может работать сразу в нескольких режимах (хирургичес-

ком и терапевтическом), что значительно расширяет его функциональные возможности. В-третьих, имея малые габаритные размеры и вес, аппарат является переносным, что позволяет с успехом приме-

нять его как в условиях операционной или перевязочной хирургического стационара, так и на амбулаторном приеме в условиях поликлиники.

Литература

1. Ванин А.Ф. Оксид азота в биомедицинских исследованиях // Вестник Российской академии наук. 2000. №4. С. 3–8.
2. Забросав В.С. Использование плазменного скальпеля в хирургии. Смоленск, 1995. 36 с.
3. Липатов К.В. Использование газового потока, содержащего оксид азота (NO-терапия), в комплексном лечении гнойных ран // Хирургия. 2002. №2. С. 41–43.
4. NO-терапия: теоретические аспекты, клинический опыт и проблемы применения экзогенного оксида азота в медицине / Под ред. СВ. Грачева. М.: Русский врач, 2001. 192 с.

УДК 616.716.46-001.5

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МЕТОДОМ ОСТЕСИНТЕЗА С РЕПЛАНТАЦИЕЙ

В.И. Боровой, В.О. Барановский

ОГУЗ «Смоленская областная клиническая больница»

Переломы мышцелкового отростка относятся к числу распространенных и встречаются в 9–36% случаев переломов нижней челюсти [1, 3, 4, 5].

Вопрос выбора рационального метода лечения при переломах мышцелкового отростка нижней челюсти со смещением отломков до настоящего времени остается актуальным.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились больные с переломами мышцелкового отростка нижней челюсти, получавших хирургическое лечение в отделении челюстно-

Тактика при этом зависит от локализации перелома, характера смещения отломков, а также от давности полученной травмы.

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов лечения пациентов с переломами мышцелкового отростка нижней челюсти методом остеосинтеза с реплантацией.

лицевой хирургии СОКБ в течение 6-ти последних лет.

В период с 2001 по 2006 годы прооперировано 74 больных, что составило 23% об-

Таблица 1.
Количественные показатели различных способов остеосинтеза мышцелкового отростка нижней челюсти с 2001 по 2006 гг.

Способ хирургического лечения	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Всего
Минопластина	2	3	7	8	3	2	25
Спица Киршнера	5	6	1	5	2	2	21
Проволочный шов	2	-	1	1	-	-	4
Удаление головки мышцелкового отростка	2	1	2	1	4	-	10
Реплантация мышцелкового отростка	3	1	2	6	1	5	18
Имплантация мышцелкового отростка	1	-	-	-	-	-	1

щего количества пострадавших с переломами мышечковых отростков в возрасте от 17 до 58 лет, причем пятерым операция выполнена с обеих сторон. Варианты хирургического лечения представлены в таблице 1. Операции выполнялись посредством позади- и подчелюстного доступа.

При оперативном лечении переломов на уровне шейки, сопровождавшихся вывихом головки из суставной впадины и смещением малого фрагмента в подвисочную ямку, проведено 18 операций методом, предусматривающим в ходе вмешательства вертикальную остеотомию ветви нижней челюсти, остеосинтез мышечкового отростка вне операционной раны с последующей реплантацией восстановленного участка нижней челюсти. Данная операция, по сути, сочетает в себе остеосинтез и костную пластику и отличается особой трудоемкостью.

Поскольку некоторые авторы [4] высказывают мнение, что реплантированная го-

ловка, как правило, имеет тенденцию к асептическому некрозу, нами проведено исследование отдаленных результатов реплантации.

В качестве фиксирующего элемента у 11 больных применялись титановые минипластины, что позволяло обеспечить жесткую фиксацию отломков и приступить к ранней активизации движений нижней челюстью в послеоперационном периоде. В 4-х случаях для фиксации применялась спица Киршнера, проведенная от головки ретроградно, в 3-х – проводочный шов.

Сроки оперативного лечения составляли в среднем 5–9 суток после полученной травмы. У 5-х больных с тяжелой сочетанной черепно-лицевой и черепно-мозговой травмой операция выполнялась спустя 3–4 недели, а в одном случае – более месяца в условиях костного сращения мышечкового отростка.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех прооперированных отмечались хорошие ранние клинические результаты. Раны заживали первичным натяжением. Как временное дополнение к остеосинтезу всем больным до операции накладывали межчелюстную фиксацию, которую удаляли в различные сроки, в зависимости от метода оперативного лечения и стабильности остеосинтеза.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 5 человек. Максимальный срок наблюдения после операции составил 3 года. Результаты оценивали клинически, учитывая наличие жалоб пациента, симметричность открывания рта, синхронность движений головок нижней челюсти, а также рентгенологически.

Отдаленные результаты лечения у 4-х больных, обследованных через 2–3 года после операции, расценены как хорошие. У пациентов не отмечалось выраженных функциональных и косметических нарушений. Рентгенологически реплантированная суставная головка сохранила свою форму и размер, а, следовательно, и высоту травмированной ветви челюсти.

Лишь в одном случае, после операции по поводу застарелого неправильно срос-

шегося перелома в области шейки, когда реплантация проводилась после рефрактуры отломков, имела место небольшая резорбция головки и слабо выраженная девиация нижней челюсти при открывании рта в пораженную сторону. Кроме того, несомненно, свою отрицательную роль сыграла выраженная адентия у пациентки, что не позволило выполнить ей адекватную иммобилизацию отломков и оказывало патологическую функциональную нагрузку на травмированную суставную головку после ее реплантации. Однако, несмотря на наличие ряда неблагоприятных факторов, данные рентгенологического исследования этой пациентки спустя 2 года после операции, свидетельствуют о вполне удовлетворительном результате хирургического лечения (рис. 1).

В качестве наиболее типичного примера наших наблюдений приведем следующий.

Пациент Х., 1983 года рождения поступил в отделение ЧЛХ СОКБ 8/IX 2001 года с жалобами на наличие раны в области подбородка и боли в нижней челюсти справа. Травму получил накануне при падении. Потери сознания не отмечает. Клинически



Рис. 1. Рентгенограмма больной И. через 2 года после реплантации суставной головки



Рис. 2. Рентгенограмма больного Х. через 3 года после операции

кроме раны в подбородочной области определялось болезненное ограниченное открывание рта с девиацией нижней челюсти в правую сторону. При бимануальной пальпации наружных слуховых проходов отмечалось отсутствие движений правой суставной головки. Рентгенологически был диагностирован перелом в области шейки мышцелкового отростка справа со смещением головки в подвисочную ямку. В день поступления больному выполнена иммобилизация на зубными двучелюстными шинами. 17/IX 2001 больной был прооперирован. Под общим обезболиванием произведена операция вертикальной остеотомии ветви нижней челюсти, извлечения суставной головки из подвисочной ямки, остеосинтеза

проволочным швом вне операционной раны с последующей реплантацией восстановленного участка нижней челюсти. Послеоперационный период протекал без осложнений. 24/IX 2001 больной выписан на амбулаторное долечивание. Спустя 3 недели после операции больному сняты шины и даны рекомендации.

Отдаленные сроки наблюдения составили три года после операции. У пациента отсутствовали какие-либо жалобы на эстетические или функциональные нарушения, за исключением малозаметного рубца под углом нижней челюсти. На контрольной рентгенограмме нижней челюсти от 11/X 2004 полностью сохранены форма и размер суставной головки (рис. 2).

Заключение

Таким образом, на основании полученных нами данных при изучении отдаленных результатов реплантации суставной головки нижней челюсти можно сделать вывод о высокой эффективности данного

метода хирургического лечения. Случаев асептического некроза суставной головки, о возможности которого указывают некоторые авторы, нами не выявлено.

Литература

1. Гершуни Ю.Д. Остеосинтез и реплантация при переломах мышцелковых отростков нижней челюсти у детей // Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний: Материалы VII съезда стоматологов. Киев, 1989. С.
2. Зотов В.М. Лечение переломов и реплантация мышцелкового отростка нижней челюсти: Автореф. дисс. ... к. м. н. М., 1981. 17 с.
3. Панкратов А.С. Анализ эпидемиологической картины переломов нижней челюсти // Российский стоматологический журнал. 2001. №4. С. 26-30.
4. Погосян Ю.М., Бадалян Х.А., Сысоева Е.Н. Лечение переломов мышцелковых отростков // Стоматология. 1991. №4. С. 44-47.
5. Селюкин Ю.И. Лечебная тактика при переломах мышцелкового отростка нижней челюсти // Повреждения костей лицевого скелета и их лечение: Научные труды Новосибирского медицинского института. Новосибирск, 1987. С. 63-66.

УДК 616.316-002

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ СИАЛАДЕНИТОМ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СОКБ

Т.Н. Владыченкова, Е.В. Дмитриенко, Я.А. Журавлева

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Наиболее распространенным заболеванием в структуре патологии слюнных желез является калькулезный сиаладенит (КС). По данным различных авторов он составляет от 20 до 80% (Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., 2004, Солнцев А.М., 1991). Распространенность этого заболевания в Смоленской области не изучена, поэтому проблема заболеваемости КС остается весьма актуальной.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни 212 пациентов с патологией слюнных желез, находившихся на лечении в челюстно-лицевом отделении СОКБ в последние 5 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Представляет интерес география заболеваемости по Смоленской области: наибольшее количество больных с воспалительными заболеваниями больших слюнных желез выявлено в г. Смоленске и Смоленском районе (58,4%), далее в Рославльском районе (8,2%), а наименьшее число больных – в Сафоновском, Кардымовском и Демидовском районах – по 1,4%, что, вероятно, соответствует численности населения.

Изучая поражаемость больших слюнных желез, выяснили, что, как правило, в 91,5% случаев конкременты образуются в поднижнечелюстных железах и лишь в 8,5% – в околоушных.

Анализируя истории болезни госпитализированных больных, клинические симптомы заболевания, объективные методы исследований, по клиническому течению в скрытом периоде выявлено 7,5% больных, с выраженными клиническими признаками – 46,6%, в периоде обострения – 53,8%.

В скрытом периоде заболевание протекает при полном отсутствии или слабо выраженных субъективных и объективных признаках. Такие пациенты, как правило,

Целью исследования является: изучить частоту заболевания больных калькулезным сиаладенитом среди жителей Смоленской области; выяснить типичную локализацию конкрементов в больших слюнных железах; провести анализ хирургического лечения слюннокаменной болезни (СКБ).

Из них калькулезный сиаладенит диагностирован у 58,4%. Мужчины составляют 57%, женщины – 43%, преимущественно в возрасте свыше 40 лет.

находятся под наблюдением и лечением поликлинических врачей. Вариабельность клинических признаков в данном периоде затрудняет диагностику и приводит к диагностическим ошибкам. Нередко конкременты обнаруживаются на рентгенограммах случайно при обследовании по поводу других заболеваний челюстно-лицевой области. Скрытый период развития заболевания может длиться годами. Диагноз подтверждается данными рентгенографии, сиалографии и УЗИ.

Первые симптомы заболевания появляются при нарушении оттока слюны при приеме пищи, особенно сухой, кислой или острой. Больные отмечают периодическое появление припухлости в области слюнной железы, усиление болей, которые периодически проходят или уменьшаются. После периода выраженных клинических проявлений болезни наступает период ремиссии. Со временем изменения в железе нарастают, заболевание переходит в клинически выраженную и позднюю стадию, когда прослеживаются все признаки хронического заболевания.

53% больных поступают в стационар в период обострения процесса. Это проявляется в увеличении и уплотнении железы, нарушении оттока слюны, когда конкремент достигает таких размеров, что полностью obtурирует проток и присоединяется воспалительный процесс.

Клиническая картина КС зависит преимущественно от локализации образовавшегося конкремента и его размеров, длительности заболевания, стадии и активности патологического процесса.

Форма камней слюнных желез различна и зависит от места расположения и их состава. Камни, располагающиеся в парен-

химе железы, как правило, округлые, нередко имеют неровную поверхность. Конкременты главных протоков слюнных желез в большинстве случаев продолговатые.

Ампулярная часть протока поднижнечелюстной железы является наиболее излюбленной локализацией конкрементов. По данным отделения челюстно-лицевой хирургии основным методом лечения КС является хирургический.

Объем оперативного вмешательства определяется локализацией конкремента, состоянием паренхимы железы, наличием обострения, сопутствующих соматических заболеваний.

Таблица 1.

Виды хирургического лечения калькулезного сиаладенита

Виды хирургического лечения	Количество	
	абс.	%
Вскрытие абсцесса с одновременным удалением конкремента без удаления конкремента	37	39,8
	9	9,7
Удаление конкремента из протока	31	33,3
Экстирпация железы	16	17,2
ИТОГО:	93	100

Как видно из таблицы 1, оперативное вмешательство наиболее часто (39,8%) сочеталось одномоментно со вскрытием абсцесса и удалением камня.

При значительных морфологических изменениях в поднижнечелюстной железе в 17,2% случаев проводилась ее экстирпация с целью предотвращения рецидивов,

а также глубоких необратимых склеротических процессов в паренхиме железы. Иной подход к объему хирургического вмешательства осуществлялся при удалении камней из паренхимы околоушной слюнной железы, опасаясь повреждения ствола и ветвей лицевого нерва, проводилась частичная резекция железы.

Заключение

Таким образом, в структуре патологии слюнных желез КС наблюдается в 58,4% случаев преимущественно у жителей г. Смоленска. Наибольшее количество госпитализировано в стадии обострения процесса, поэтому удаление

конкремента из протока осуществлялось одновременно со вскрытием абсцесса. Экстирпация поднижнечелюстной железы проводилась только при наличии значительных морфологических изменений в ее структуре.

Литература

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Дивертикулы протоков поднижнечелюстной слюнной железы // *Стоматология*. 2004. №5. С. 31–33.
2. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., Мешков В.М., Брестовицкий С.М. Слюннокаменная болезнь: диагностика и лечение с использованием метода сиалолитотрипсии. М., 2003. 95 с.
3. Афанасьев В.В., Никифоров В.С. Этиология слюннокаменной болезни // *Стоматология*. 1999. №5. С. 39–41.
4. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез. Киев: «Здоровья», 1991. 310 с.

УДК 616.314.18-002.4

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ЗАЖИВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Е.А. Дурново, Н.А. Беспалова, Н.Ю. Орлинская

*ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Нижегородский областной клинический диагностический центр*

Процессы, возникающие в пародонте под воздействием патогенной микрофлоры, со временем приобретают хронический характер, приводя к прогрессирующей деструкции тканей пародонтального комплекса на основе иммунного воспаления [1, 2, 3, 9, 10]. Традиционные хирургические методы лечения приводят к снижению реактивности тканей пародонта и переходу воспаления в подострую стадию, что значительно снижает их эффективность и требует коррекции [12]. Перфторан (ПФ) явился тем средством, которое способно положитель-

но воздействовать на различные патогенетические звенья пародонтита. При его использовании отмечается ускорение регенерации в гнойной ране [6, 14], формирование эластичного рубца [5, 8, 11], усиление эпителизации десневого края [4, 7] и положительное воздействие на ткани пародонта (Жартыбаев Р.Н. и др., 2003; Грудянов А.И., Чупахин П.В., 2005).

Цель исследования: Изучить влияния различных доз ПФ на процессы регенерации тканей пародонта в эксперименте.

Материал и методы

Работа выполнена на 54 крысах – самцах линии Wistar в условиях операционной ЦНИЛ ГОУ ВПО «НижеГМА Росздрава». Была создана модель послеоперационной раны, аналогичной таковой при операциях на тканях пародонта.

Эксперимент был разделён на серии:

1-я серия – животные с подслизистым введением 0,4 мл ПФ по 0,2 мл с каждой стороны челюсти;

2-я серия – животные с подслизистым введением перфторана в дозе 0,2 мл перфторана с добавлением 0,2 мл физиологического раствора;

3-я серия – группа сравнения – животные с подслизистым введением 0,4 мл физиологического раствора по переходной складке в области жевательных зубов по 0,2 мл с каждой стороны челюсти;

4-я серия – контрольная группа интактных животных, травма которым не наносилась.

Гистологическое исследование проводили на мягких тканях пародонта экспериментальных животных из зоны моделированной операционной раны. Материал фиксировался в 10% растворе формалина, проводился по спиртам с восходящей концентрацией с последующей заливкой в парафиновые блоки. Готовились срезы толщиной 5–7 мкм. Использовали обзорные окраски гематоксилин-эозином, окраска соединительной ткани по Ван-Гизон. В качестве специальных окрасок применялась окраска азокармином по Гейденгайну (с целью выявления коллагеновых волокон).

Производился подсчёт клеточных элементов, таких как лимфоциты, сегментоядерные нейтрофилы, учитывалась общая площадь просвета сосудов и площадь вновь образованной соединительной ткани в %.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования приведены в таблице 1.

Морфологические изменения **первого часа** экспериментального исследования но-

Таблица 1.

Результаты морфометрического исследования тканевых реакций на введение перфторана на ткани пародонта у крыс в эксперименте

1 час			
Исследуемая группа	1 серия, 0,4 ПФ	2 серия, 0,2 ПФ	3 серия, 0,4 ФР
Лимфоциты	30 ($\pm 1,1$)	35 ($\pm 1,04$)	40 ($\pm 1,25$)
Сегментоядерные нейтрофилы	2,04 ($\pm 0,24$)	3,05 ($\pm 0,34$)	2,01 ($\pm 0,21$)
S просвета сосудов	20% ($\pm 1,3$)	25% ($\pm 1,04$)	30% ($\pm 1,06$)
S соединительной ткани	-	-	-
1 сутки			
Исследуемая группа	1 серия, 0,4 ПФ	2 серия, 0,2 ПФ	3 серия, 0,4 ФР
Лимфоциты	15 ($\pm 0,91$)	21 ($\pm 0,84$)	26 ($\pm 1,02$)
Сегментоядерные нейтрофилы	-	-	1,01 ($\pm 0,11$)
S просвета сосудов	40% ($\pm 1,01$)	30% ($\pm 1,02$)	25% ($\pm 1,04$)
S соединительной ткани	15% ($\pm 1,03$)	10% ($\pm 0,97$)	5% ($\pm 0,86$)
3-е суток			
Исследуемая группа	1 серия, 0,4 ПФ	2 серия, 0,2 ПФ	3 серия, 0,4 ФР
Лимфоциты	10 ($\pm 1,02$)	15 ($\pm 1,01$)	20 ($\pm 1,04$)
Сегментоядерные нейтрофилы	-	-	-
S просвета сосудов	30% ($\pm 1,01$)	25% ($\pm 0,97$)	25% ($\pm 1,02$)
S соединительной ткани	20% ($\pm 1,02$)	15% ($\pm 1,04$)	10% ($\pm 1,03$)

сят идентичный характер во всех сериях и проявляются в выраженных расстройствах кровообращения в виде расширенных, полнокровных сосудов с локальной агрегацией эритроцитов, признаками отека в виде расширения межклеточных пространств, умеренной диффузной, лимфоплазмоцитарной инфильтрацией с единичными сегментоядерными нейтрофилами. При морфометрическом исследовании регистрируется увеличение числа клеток лимфоцитарного ряда дозозависимого характера и уменьшение общей площади просвета сосудов, находящихся в состоянии вазодилатации после операционной травмы.

Через сутки количество лимфоцитов в 1-й и 2-й группах остаётся сниженным по сравнению с 3-й группой, в которой использовался физиологический раствор. Отмечается интенсификация кровотока в мелких капиллярах, а площадь просвета сосудов начинает увеличиваться за счёт нарастания свежей грануляционной ткани в группах с использованием перфторана, отмечается синтез фибробластов в полях с грануляционной тканью, регистрируются единичные перфторфаги с пенистой цитоплазмой. Тем не менее, во 2-й серии еще наблюдается отёчность интерстиция, имеют-

ся единичные диффузные периваскулярные кровоизлияния. В морфологическом материале, полученном в 1-й серии эксперимента, описанные выше реакции усилены и более интенсивно выражены. Количество лимфоплазмоцитарной инфильтрации снижается до 15% ($\pm 0,91$), также полностью исчезают сегментоядерные нейтрофилы, усиливается кровоток в мелких венулах и артериолах. Контуры сосудов имеют извитой характер. Определяется интенсивное образование грануляционной ткани с выраженным синтезом фибробластов до 15% ($\pm 1,03$). Отмечено появление достаточного количества перфторофагов. В 3-й серии эксперимента выраженность лимфогистиоцитарной инфильтрации остается высокой, количество нейтрофилов, хотя и значительно снизилось, все же регистрируется, сохраняется отек стромы и диффузные кровоизлияния. Образование грануляционной ткани с диффузным синтезом фибробластов значительно отстаёт от показателей групп с использованием ПФ.

Через 3-е суток после введения ПФ общая гистологическая картина сводится к снижению интенсивности лимфогистиоцитарной инфильтрации, уменьшению тканевых реакций и увеличению площади об-

разования соединительной ткани, но чётко прослеживались и различия.

В зависимости от введённой дозы ПФ количество лимфогистиоцитов снижается и составляет соответственно 10(\pm 1,02) в 1-й серии, 15(\pm 1,01) во 2-й, 20 (\pm 1,04) – в 3-й серии,

при введении 0,4 физиологического раствора. Во всех случаях инфильтраты были расположены диффузно. Сегментоядерные нейтрофилы во всех сериях отсутствовали, а количество соединительной ткани по мере увеличения дозы ПФ увеличивалось.

Заключение

Таким образом, результаты экспериментального морфологического исследования показали, что применение перфторана оказывает дозозависимый противо-

воспалительный эффект в операционной ране в тканях пародонта и ускоряет процессы регенерации в послеоперационном периоде.

Литература

1. Богомолов Д.В., Шехонин Б.В., Чумаков А.А. // *Стоматология*. 1998. №1. С. 9-11.
2. Булгакова А.И. // *Новое в стоматологии*. 2001. №10(100). С. 90-93.
3. Григорьян А.С., Грудянов А.И. // *Стоматология*. 2001. №1. С. 5-8.
4. Грудянов А.И., Чулахин П.В. // *Стоматология*. 2005. №1. С. 16-19.
5. Далгатова Г.Д., Ахмедов М.Г., Шарипова М.А. и др. // *Физиологически активные вещества на основе перфторуглеродов в экспериментальной и клинической медицине: Тезисы Всероссийской научной конференции 19-20 июня 2001 / Под ред. акад. РАМН Г.А. Софронова*. СПб. 2001. С. 37-39.
6. Дурново Е.А., Артифексова А.А., Фурман И.В., Орлинская Н.Ю., Катмарчиев А.Р. // *Нижегородский медицинский журнбал*. 2003. Приложение "Стоматология" С. 222-225
7. Жартыбаев Р.Н., Рыс-Улы М.Р. // *Место перфторана среди переносчиков газов крови*. СПб.: изд-во СПбГМУ, 2003. 23 с.
8. Клигуненко Е.Н., Кравец О.В., Гулега И.Е. // *Перфторорганические соединения в биологии и медицине*. Пушино, 1999. С. 70-76.
9. Михалева Л.М., Шаповалова В.Д., Бархина Т.Г. *Хронический пародонтит. Клиническая морфология и иммунология*. М., 2004. 125 с.
10. Орехова Л.Ю. *Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дисс. ... к.м.н. С.-Пб., 1997. 33 с.*
11. Покручин В.И., Арисенко В.В., Савинов П.А. // *Физиологическая активность фторсодержащих соединений (эксперимент и клиника): Сборник научных трудов / Под ред. Воробьева С.И., Иванникова Г.Р.* Пушино: ОНТИ ПНЦ РАН. 1995. С. 218-219.
12. Рисованый С.И. // *Российский стоматологический журнал*. 2001. №5. С. 18-21.
13. Сахарова Э.Б., Сидяров Д.П. // *Перфторорганические соединения в биологии и медицине*. Пушино, 1999. С. 166-167.
14. Фурман И.В. *Экспериментально-клиническое обоснование применения перфторана в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: Дисс. ... к.м.н. М., 2004. 176 с.*

УДК 616.31-006.3:612.014.464

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Е.А. Дурново, Н.А. Янова, Н.Е. Хомутинникова, Н.В. Мишина
 ГОУ ВПО «Нижегородская Государственная медицинская академия»

Эффективность применения озона в различных областях медицины, таких как кардиология, пульмонология, гастропатоло-

гия, эндокринология, гинекология, неврология к настоящему времени подтверждена многочисленными клиническими иссле-

дованиями и наблюдениями. Большинство специалистов этих областей медицины используют озон на фоне традиционных медикаментозных схем в качестве составляющего элемента комплексной терапии. Однако вполне успешным в ряде случаев может быть применение только озонотерапии в различных её вариантах.

Послеоперационное ведение раневой поверхности в полости рта имеет ряд особенностей, связанных с невозможностью изоляции раневой поверхности и постоянным её инфицированием, что довольно часто приводит к развитию осложнений, в виде вторичного заживления с образованием рубцово-измененной ткани, деформированием слизистой, что особенно актуально в эстетических зонах, какой и является ЧЛЮ. При выборе послеоперационного лечения особое предпочтение отдают медикаментозным методам, воздействующим как на этиологический фактор, так и на многие звенья патогенеза воспаления с целью предупреждения развития осложнений.

Одним из таких методов является местная озонотерапия. В настоящее время эффективность применения озонированных растворов показана при ряде различных патологических состояний как хирургического, так и терапевтического профиля. Предпосылками к использованию озонированных растворов служат физико-химические и биологические свойства озона, определяющие бактерицидный, антигипоксический, дезинтоксикационный, иммунокорректирующий, мембраностабилизирующий эффекты, и отсутствие тератогенного, канцерогенного свойств. Другим положительным моментом является возможность применения озоноте-

рапии в любой стоматологической поликлинике и даже самостоятельно больным в домашних условиях, в связи с простотой и высокой экономической эффективностью метода.

Местное применение озонированных растворов оказывает бактерицидное, фунгицидное действие за счет его окислительного воздействия на мембрану патогенных клеток, противовоспалительное и кровоостанавливающее, стимуляция эпителизации и заживления, анальгезирующий эффект, способствует активации фагоцитоза за счет усиления кислородзависимых механизмов.

Антисептическое и регенерирующее свойства используемого нами озонированного масляного раствора (оливковое масло) во много раз активнее, чем у озонированных растворов, за счет образования озонированных сложных эфиров ненасыщенных жирных кислот, которые более продолжительное время оказывают действие на биологический субстрат, к тому же может проникать в ткани, отдавать им активный кислород, тем самым, улучшая в них кровообращение, активизируя метаболические процессы, способствуя гранулированию и эпителизации патологических очагов.

Целью работы явилось: изучение эффективности местного применения озонированных масляных растворов в комплексном лечении доброкачественных новообразований ЧЛЮ, оценка предлагаемого метода послеоперационного ведения раневой поверхности в сравнение с существующими традиционными способами на основании клинических наблюдений.

Материал и методы

Озонированное масло получали при барбатаже 50 ml. оливкового масла в течение 60 минут с концентрацией озона 2,0–2,5 мг/л с помощью медицинского озонатора «АОТ-Н-01- Арз-01/1», сроки хранения в темной посуде в прохладном месте составляли 6 мес.

За период 2002–2006 гг. на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии НижГМА МЗ РФ на базе челюстно-лицевого стационара ГУЗ ОКБ им. Н.А. Семашко прооперировано с исполь-

зованием радиохирургического метода 1600 больных с различными заболеваниями, среди которых 260 операций с доброкачественными новообразованиями и факультативными предраками слизистой оболочки полости рта.

Нами были выделены 2 группы. В предложенной нами методике под местным обезболиванием производилось удаление новообразований с помощью радиоволновой хирургии. Коагулирующий эффект дости-

гался одновременно с иссечением, путем выбора соответствующего режима. В послеоперационном периоде мы использовали местную озонотерапию в виде аппликаций озонированным масляным раствором на раневую поверхность, на 10–15 минут, 2–3 раза в день, но длительность и периодичность местного воздействия озоном индивидуальна.

Для сравнения была взята контрольная группа больных, лечение которым проводилось по традиционной методике: иссечение новообразования под местным обезболиванием в пределах видимо неизмененных тканей. В 100% случаев нами использовались различные гемостатические средства. Ведение раневой поверхности осуществлялось под турундой с последующим назначением маевых повязок до наступления

полной эпителизации. Общее лечение включало регулярное орошение (санирование) раневой поверхности слабыми растворами антисептиков, а также обязательное назначение анальгетиков, антигистаминных препаратов и рациональную антибактериальную терапию. Традиционная методика требовала нахождения больного в стационаре или ежедневные контрольные осмотры на амбулаторном приеме.

Обследование больных складывалось из оценки субъективных ощущений и проведения физикальных исследований. Для оценки динамики раневого процесса нами были изучены: появление грануляций и начало краевой эпителизации раневой поверхности. Показателями эффективности лечения служили динамика раневого процесса и сроки стационарного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Предлагаемая нами методика позволила сократить сроки наступления эпителизации с 7–8 дней до 5–5,5 дней, избежать воспалительных явлений, не использовать анальгетиков и антибактериальной терапии. При использовании нашей методики заживление раневой поверхности осуществлялось первичным натяжением, пациентов практически не беспокоили боли и неприятные ощущения в области послеоперационной раны. Практически отсутствовали признаки воспаления, кроме незначительной отечности в области послеоперационной раны, которая держалась в течение 2–2,5 дней. Послеоперационные рубцы на слизистой оболочке были мягкие, малозаметные.

При использовании стандартной методики операция сопровождалась значительным кровотечением, что затрудняло и увеличивало время оперативного вмешательства. Турунда с йодоформом использовалась в течение 5 дней, затем 5–7 дней маевые повязки. На следующий день обычно пациентов беспокоили боли в области послеоперационной раны, что требовало назначения анальгетиков. Выраженный отек, гиперемия, кровоточивость способствовала назначению антигистаминных и антибактериальных препаратов. Перевязки проводились в течение 5–6 дней до полной эпителизации. Невозможность самостоятельной аппликационной терапии из-за выраженного болевого симптома увеличивала сроки пребывания в стационаре.

Заключение

Таким образом, предложенная нами методика местной озонотерапии в послеоперационном ведении больных с доброкачественными новообразованиями на СОПР способствует профилактике ранних и поздних осложнений, приводит к сокращению сроков лечения и достижению косме-

тического эффекта. Ускорение сроков гранулирования и эпителизации раневой поверхности, отсутствие болевых ощущений способствовало снижению сроков амбулаторного и стационарного наблюдения за больными и позволило уменьшить количество назначаемых лекарственных средств.

УДК 611-018.4:617-089.843

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ КОСТНОЙ ТКАНИ ВОКРУГ ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ ИМПЛАНТАТОВ

А.В. Казаков

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Целью проводимого нами исследования стало изучение качества сопряжения поверхностей функционирующего импланта-

та и костного ложа, а также характер изменений окружающей имплантат костной ткани.

Материал и методы

Для этого были выполнены шлифы костных блоков с титановыми конструкциями на границе раздела сред «кость-имплантат» в плоскости продольной оси имплантата. Группу исследования составили шлифы 7 имплантатов с окружающей костью, функционирующих в течение 5–7 лет (рис. 1). Данные имплантаты были удалены у пациентов по поводу фрактуры в области верхней и средней трети. Операцию удаления имплантатов проводили с помощью калиброванных трепанов, после чего дефект костной ткани заполняли остеопластическим материалом «Bio Oss».

Работы по изготовлению шлифов выполнялись на базе кафедры металловедения и термической и пластической обработки металлов Нижегородского Государственного Технического университета (зав. кафедрой проф. Скуднов В. А.).

Костные фрагменты с имплантатами заливали эпоксидной смолой ЭДП. Смолу готовили согласно инструкции по применению, смешивая основу и катализатор в пропорции 1:10. После полимеризации эпоксидной смолы (время затвердевания 24 часа) по стандартной методике готовили шлиф костного блока в плоскости продольной оси имплантата. Для этой цели использовали наждачную бумагу со степенью дисперсности от 1 до 4. Полировку осуществляли с помощью сукна на шлиф-машине.

Шлифы рассматривали под микроскопом, оценивали состояние костной ткани по протяжению прилегания к поверхности металла, расстояние от поверхности имп-

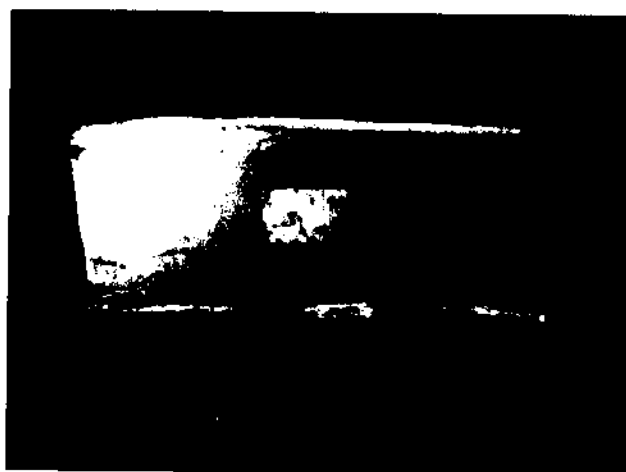


Рис. 1. Шлиф костной ткани (нижняя челюсть) с имплантатом после 7-летнего функционирования. Имплантат с окружающей костью удален после его фрактуры в средней трети

лантата до кости (величина зазора). Ориентиром для измерений служили витки резьбы на теле имплантата.

Определить толщину зазора в шлифах препаратов при помощи микроскопа не представилось возможным в связи с недостаточным для таких целей оптическим разрешением. Для решения этой задачи использовали компьютерный анализатор изображения, в состав которого были включены микроскоп «КСС-310PD», план-объектив $40\times/0,65$, цифровую камеру «Nikon Alphaphot-2», компьютер «Celeron 2700» с программой «Видео Тест – Морфо».

Результаты исследования и их обсуждение

Представленные для гистологического изучения препараты представляли собой шлиф металлического тела неправильной формы (имплантата), окруженного с 3 сторон прослойкой костной ткани толщиной порядка 2–3 мм.

На шлифах (рис. 2) определялся плотный контакт кости с металлом; костная ткань точно повторяла контуры имплантата и его шероховатой поверхности. В исследуемых препаратах вдоль всей поверхности металла определялась прослойка кости с повышенной плотностью, напоминающая по своему характеру кортикальную, толщиной порядка 0,15–0,20 мм, а вокруг нее – губчатая кость с толстыми трабекулами и малым количеством ячеек неправильной формы.

В области антиротационного отверстия апикальной части имплантата (в 2 препа-

ратах), а также между витками его резьбы (во всех препаратах) отмечалось утолщение компактной пластинки до 0,3 мм, что, очевидно, может быть связано с особенностями распределения функциональной нагрузки в окружающей имплантат костной ткани. В данных участках определяются многочисленные гаверсовы каналы; костные пластинки располагаются параллельными слоями вдоль поверхности металла, в области отверстий отмечается концентрическая ориентация пластинок.

Удалось замерить величину зазора между имплантатом и костным ложем, в изучаемых препаратах она составила в среднем $13,0 \pm 0,4$ мкм. Однако величина этого показателя может быть несколько увеличена, что вероятнее всего связано с погрешностями при изготовлении шлифов.

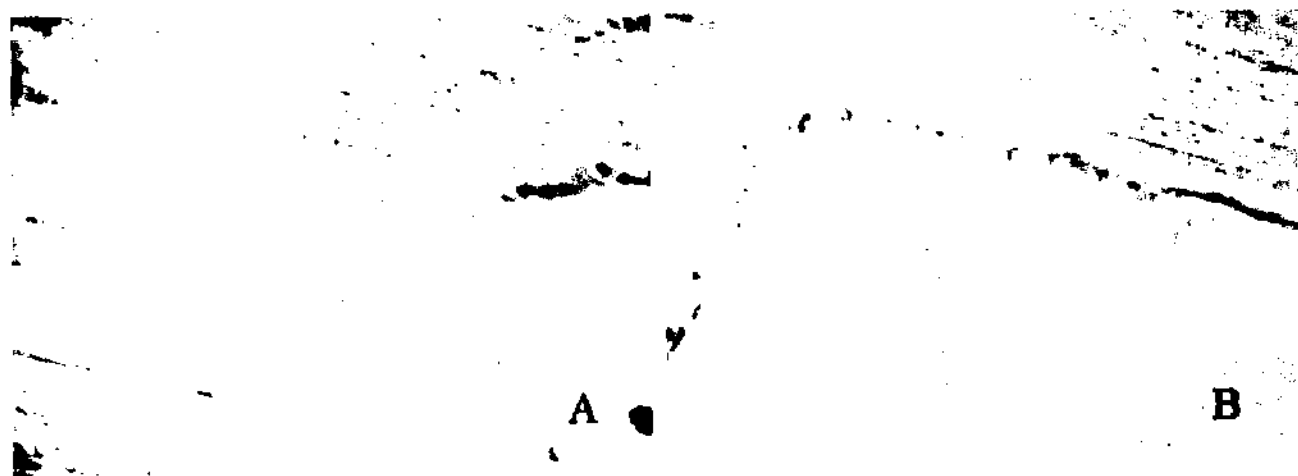


Рис. 2. Остеоинтегрированный контакт (имплантат функционировал в течение 7 лет):
А – в области антиротационного отверстия; В – в области витка резьбы (увеличение $\times 75$)

Заключение

Таким образом, костная ткань вокруг имплантата испытывает структурную перестройку, заключающуюся в формировании слоя компактной кости как на поверхности его тела, так и в области поднутрений

и антиротационных отверстий. Процесс ремоделирования костной ткани связан и зависит от функциональной нагрузки, которую испытывают искусственные опоры зубных протезов.

УДК 616.716-089

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.Н. Карелина, А.С. Забелин

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Адекватное послеоперационное обезболивание является одной из актуальных проблем современной медицины. Некупируемая послеоперационная боль является мощным фактором, приводящим к развитию хирургического стресс-ответа. Понятие «хирургический стресс-ответ» включает в себя совокупность патофизиологических изменений в организме в ответ на операционную травму, проявляющихся в виде нейроэндокринных, метаболических и воспалительных реакций [15, 20]. В настоящее время не вызывает сомнения, что такие сдвиги в организме оказывают неблагоприятное влияние на результаты хирургического лечения: увеличение числа сердечно-сосудистых, легочных, тромбоэмболических, инфекционных осложнений, возможное нарушение заживления послеоперационной раны и удлинение периода реабилитации.

Несмотря на значимость этой проблемы, наличие широкого арсенала фармакологических препаратов, качество послеоперационного обезболивания во многих случаях остается неудовлетворительным [16, 19]. При этом боли средней интенсивности в послеоперационном периоде испытывают 29,7% пациентов, высокой – 10,9% [16]. По данным ряда авторов [14] после проведения оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области 93% пациентов отмечали наличие послеоперационной боли, в 47% случаев она была умеренной, а в 34% – сильной. Выраженность послеоперационного болевого синдрома определяется следующими факторами: локализацией, характером и травматичностью операции [1, 5], наличием и интенсивностью боли в предоперационном периоде [12], индивидуальным психологическим статусом личности [3].

В частности при проведении оперативных вмешательств в челюстно-лицевой об-

ласти прогнозируется высокая травматичность операции [2], которая определяется величиной раневой поверхности и объемом поврежденных мягких и костных тканей. Кроме того, передача болевых импульсов из зоны вмешательства опосредуется системой тройничного нерва, которая имеет ряд морфологических и функциональных особенностей по сравнению со спинальным сенсорным комплексом [6]. Большое число операций в челюстно-лицевой области выполняется под местной анестезией, то есть при сохраненном сознании пациента, что не позволяет исключить влияние психоэмоционального напряжения на формирование стрессовой реакции [11].

В настоящее время наиболее распространенной методикой купирования послеоперационного болевого синдрома является внутримышечное назначение наркотических и ненаркотических анальгетиков. Как правило, эти препараты назначают «по схеме» или «по требованию пациента». Следует отметить, что даже самые мощные опиатные анальгетики не являются адекватным средством защиты организма от хирургической травмы с точки зрения патогенеза послеоперационного болевого синдрома и их влияния на эндокринно-метаболический и воспалительный компоненты стресс-ответа [9]. Также общеизвестны побочные эффекты применения опиоидных анальгетиков. Основным же недостатком такой методики послеоперационного обезболивания является вторичность послеоперационной анальгезии по отношению к развившемуся болевому синдрому [7].

Современными тенденциями послеоперационного обезболивания являются применение превентивной анальгезии [1, 10, 18] и патогенетически обоснованных схем профилактики послеоперационной боли. В основе данных схем лежит дифферен-

цированный мультимодальный подход к купированию послеоперационного болевого синдрома, который предусматривает одновременное назначение двух или более анальгетиков и/или методов обезболивания, обладающих различными механизмами действия, с целью максимально возможного устранения всех факторов, способствующих развитию послеоперационного болевого синдрома, на протяжении пред-, интра- и послеоперационного периода [7, 8]. Базисом данных схем является применение неопиоидных анальгетиков (нестероидных противовоспалительных средств и парацетамола) [10]. Выбор той или иной схемы мультимодальной анальгезии определяется травматичностью операции. Так как большинство челюстно-лицевых операций относятся к хирургическим вмешательствам средней травматичности, то наиболее эффективным подходом к купированию послеоперационной боли является следующий вариант мультимодальной анальгезии [8].

Учитывая важную роль тканевого воспаления в развитии хирургического стресс-ответа, целесообразным считается включение в схему лечения послеоперационной боли НПВП, тормозящих продукцию в очаге травмы ключевого медиатора боли и воспаления – простагландина E₂. За счет подавления воспалительного ответа на хирургическую травму НПВП препятствуют развитию сенситизации периферических ноцицепторов. Таким образом, НПВП являются средствами патогенетической терапии боли. Из препаратов, имеющих форму для парентерального введения и подавляющих активность ЦОГ-1 и ЦОГ-2, наибольшее применение в клинической практике находят диклофенак, кеторолак и кетопрофен [8]. С точки зрения патофизиологии острой боли оптимальным считается введение первой дозы НПВП за 30–40 минут до разреза – принцип предупреждающей анальгезии. Такая методика позволяет существенно снизить интенсивность послеоперационного болевого синдрома и уменьшить потребность в послеоперационном назначении опиоидных анальгетиков [2, 13]. Во время операции оптимальным является применение местноанестезирующих препаратов пролонги-

рованного действия для уменьшения афферентного потока ноцицептивных стимулов от периферических рецепторов. По данным И.П. Жаркова (2002), В.А. Чернышова (2005) интраоперационная блокада 1% раствором ропивакаина приводит к улучшению качества послеоперационного обезболивания при проведении оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области по сравнению с лидокаином, который имеет короткий период действия. При операциях средней и высокой травматичности в конце операции назначают внутривенную инфузию парацетамола (1 г в течение 15 минут). Появление внутривенной формы парацетамола существенно повысило ценность и расширило показания к применению препарата в качестве базисного компонента мультимодальной послеоперационной анальгезии. Внутривенный парацетамол превосходит таблетированные формы по безопасности, т.к. характеризуется более предсказуемой плазменной концентрацией в раннем послеоперационном периоде [22]. Механизм действия парацетамола отличается от НПВП и опиоидных анальгетиков. Появляется все больше доказательств центрального антиноцицептивного эффекта парацетамола. Вероятные механизмы его включают: подавление активности ЦОГ-2 в ЦНС и предупреждение развития вторичной гиперальгезии [21], подавление активности ЦОГ-3, усиление активности нисходящих тормозных серотонинергических путей. Парацетамол препятствует продукции простагландинов на уровне клеточной транскрипции (т.е. независимо от уровня активности ЦОГ). Не влияет на синтез простагландинов в периферических тканях, что обуславливает отсутствие у него отрицательного влияния на водно-солевой обмен и слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Основным показанием к применению данного препарата является наличие болевого синдрома слабой или средней интенсивности, особенно после хирургических вмешательств. Результаты рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований показали высокую эффективность парацетамола для внутривенного введения в купиро-

вании послеоперационной боли при выполнении гинекологических и травматологических вмешательств [17, 23].

Таким образом, в настоящее время неопиоидные анальгетики разных фармакологических групп являются важным компонентом мультимодальной защиты паци-

ента от травмы и боли в хирургии, так как позволяют повысить эффективность анальгезии, снизить дозу опиоидного анальгетика и побочные эффекты, связанные с ним, сделать обезболивание более эффективным и безопасным.

Литература

1. Биккулова Д.Ш. Шкала прогноза величины послеоперационной боли // Вестник интенсивной терапии. 2006. № 1. С. 38–39.
2. Губин М.А., Сердюков Ю.П. Периоперационное обезболивание при хирургических вмешательствах на верхнечелюстном синусе в амбулаторных условиях // Материалы XIV и XV Всероссийских научно-практических конференций и Труды X съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2005. С. 343–345.
3. Еременко А.Г., Вассерман Л.И., Лоско В.А., Ли В.Ф. Послеоперационный болевой синдром и его связь с индивидуальными особенностями психологического статуса личности // Анестезиология и реаниматология. 2001. № 4. С. 24–25.
4. Жарков И.П. Профилактика послеоперационного болевого синдрома в челюстно-лицевой хирургии: Автореф. дисс. ... к. м. н. Воронеж, 2002. 22 с.
5. Морозов Д.В. Дифференцированный подход к лечению послеоперационного болевого синдрома: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Воронеж, 2001. 37 с.
6. Лиманский Ю.П. Структура и функции системы тройничного нерва. Киев: Издательство «Наукова думка», 1976. 255 с.
7. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Кукушкин М.Л., Морозов Д.В., Сыровегин А.В., Хмельков Е.Ю., Губкин И.М. Профилактика послеоперационной боли: патогенетические основы и клиническое применение // Анестезиология и реаниматология. 2000. №5. С. 71–76.
8. Овечкин А.М., Романова Л.Т. Послеоперационное обезболивание: оптимизация подходов с точки зрения доказательной медицины // Русский медицинский журнал. 2006. № 2. С. 865–871.
9. Осипова Н.А. Современные принципы применения анальгетиков центрального действия // Анестезиология и реаниматология. 1994. №4. С. 16–20.
10. Осипова Н.А., Петрова В.В., Береснев В.А., Долгополова Т.В., Железкина Н.В. Профилактическая анальгезия – новое направление в анестезиологии. Рождение и развитие идеи в работах коллектива МНИОИ им. П.А. Герцена // Анестезиология и реаниматология. 1999. №6. С. 13–18.
11. Островский В.Ю., Клецкин С.З. Проблема операционного стресса. М.: ВНИИМИ, 1977. 101 с.
12. Чернышов В.А. послеоперационный болевой синдром и хирургический стресс-ответ в гнойной хирургии лица и шеи: Автореф. дисс. ... к. м. н. Воронеж, 2005. 20 с.
13. Aoki T., Yamaguchi H., Naito H., Shiiki K., Isawa K., Ota Y., Sakamoto H., Kaneko A. Premedication with cyclooxygenase-2 inhibitor meloxicam reduce postoperative pain in patients after oral surgery / / International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2006. V.35. P. 613–617.
14. Coulthard P., Haywood D., Tay M.A., Jackson-Leech D., Pleury B.J., Macfarlane T.V. treatment of postoperative pain in oral and maxillofacial surgery // British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2000. V.38 (6). P. 588–592.
15. Desborough J.P. The stress response to trauma and surgery // British Journal of Anaesthesia. 2000. V.85. P. 109–117.
16. Dolin S.J., Cashman J.N., Bland J.M. Effectiveness of acute postoperative pain management // British Journal of Anaesthesia. 2002. V.89. P. 409–423.
17. Fijalkowska A., Trela-Stachurska K., Rechberger T. Efficacy of intravenous paracetamol for early postoperative analgesia after gynecological surgery // Anaesthesiology Intensive Therapy. 2006. V.38. P. 66–68.
18. Gottschalk A., Smith D.S. New concept of acute pain therapy: preemptive analgesia // American Family Physician. 2001. V.63. P. 1979–1986.
19. Harmer M., Davies K.A. The effect of education, assessment and standardized prescription on postoperative pain management // Anaesthesia. 1998. V.53. P. 424–430.
20. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation // British Journal of Anaesthesia. 1997. V.78. P. 606–617.

21. Koppert W., Wehrfritz A., Korber N. The cyclooxygenase isozyme inhibitor paracoxibe and paracetamol reduce central hyperalgesia in human // *Pain*. 2004. V.108. P. 148–159.
22. Petterson P., Owall A., Jacobson J. Early bioavailability of paracetamol after oral or intravenous administration // *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2004. V.48 (7). P. 867–870.
23. Sinatra R.S., Jahr J.S., Reynolds L.W., Viscusi E.R., Groudine S.B. Efficacy and safety of single and repeated administration of 1 gram intravenous acetaminophen injection (paracetamol) for management after major orthopedic surgery // *Anesthesiology*. 2005. V.102 (4). P. 822–831.

УДК 616.314.18-002.4:612.111.7

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ И КОЛЛАПАН-Л ГРАНУЛ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Е.И. Киселева, В.В. Полякова

Объединение стоматологических клиник «ОРТОС»

Специалисты-пародонтологи уже на протяжении ряда десятилетий стремятся повысить эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита [1, 2]. Актуальность этой проблемы обусловлена высокой распространенностью этого заболевания, что связано с несколькими причинами: понижение резистентности организма вследствие ухудшения экологии, растущего количества стрессов; устойчивости микрофлоры к наиболее широко применяемым препаратам; бесконтрольное применение этих препаратов; отсутствие налаженной системы диспансеризации и неудовлетворительная гигиена полости рта у некоторых пациентов.

При развитии патологических процессов в пародонте происходит разрушение связочного аппарата зубов, образование пародонтальных карманов и резорбция костной ткани. Эти нарушения определяют основную цель хирургических методов лечения заболеваний пародонта, направленную на регенерацию утраченных структур и стабилизацию процесса. Со времен первых по-

пыток поиска и применения остеозамещающих материалов до наших дней накоплен достаточный опыт, хотя большая часть из предложенных материалов уже не соответствует выдвигаемым требованиям, некоторые применяются и по настоящее время.

Одним из наиболее эффективных средств в лечении данной категории больных стало внедрение обогащенной тромбоцитами плазмы (FRP) [3]. Плазма с повышенным содержанием тромбоцитов стала успешно применяться только с 90-х годов. За счет высокой концентрации в плазме тромбоцитов, фибриногена, лейкоцитов, макрофагов, факторов роста и интерлейкинов стимулируются регенерационные возможности тканей. Обычное содержание тромбоцитов в крови 150–300 тыс. в 1 мл, в обогащенной тромбоцитами плазме их количество достигает до 1 млн.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности FRP при хирургическом лечении заболеваний пародонта в сравнительном аспекте с материалом коллапан-л гранулы.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 23 пациента с генерализованным пародонтитом средней и среднетяжелой степени тяжести.

Все пациенты предъявляли жалобы на кровоточивость десен, неприятный запах

изо рта, зуд и болезненность десен, подвижность зубов. При обследовании выявлялось большое количество назубных отложений, отечность и воспаление десен, подвижность зубов 1–2 степени, оголение корней на 1/3 длины корня, пародонталь-

ные карманы 4–6 мм, на рентгенограмме выявлялась деструкция альвеолярных отростков, резорбция межзубных перегородок на 1/3–1/2 длины корня, выраженные признаки остеопороза.

Хирургическому методу лечения предшествовала профессиональная гигиена полости рта, обучение рациональной гигиене с последующим контролем, санация хронических очагов инфекции, закрытый кюретаж пародонтальных карманов аппаратом Vector, шинирование подвижных зубов.

В основной группе, состоящей из 15 человек, проводились лоскутные операции по традиционной методике. После тщательного удаления грануляционной ткани в область дефекта помещали небольшое количество

измельченной FRP в форме геля в смеси с коллапан-л гранулами, раневую поверхность закрывали сверху мембраной FRP с целью направленной регенерации тканей, рану ушивали викролом. Для получения FRP использовалась безвибрационная центрифуга. Кровь больного в количестве 9–18 мл забиралась методом венепункции в стерильные вакуумные пробирки и центрифугировалась в течение 15 минут при 2500 оборотах в минуту. Получалось три фракции: первая – с низким содержанием тромбоцитов, вторая – богатая тромбоцитами, третья – эритроциты.

В контрольной группе (8 пациентов) проводилось аналогичное вмешательство, но с применением только коллапан-л гранул.

Результаты обследования и их обсуждение

В послеоперационном периоде у больных основной группы отек наблюдался у 3 пациентов, болевой симптом отсутствовал у всех пациентов, гиперемия и отек слизистой были умеренными.

В группе сравнения у пациентов отмечался значительный отек мягких тканей в течение нескольких суток, инфильтрация, гиперемия сохранялись также на протяжении нескольких суток.

Через 6 месяцев в основной группе кровоточивость зубов отсутствовала, десна была плотная, без признаков воспаления, подвижность зубов значительно уменьши-

лась, патологические карманы не превышали 2–3 мм, на контрольной рентгенограмме через 6 месяцев наблюдалась стабилизация процесса, увеличение костной ткани на 0,5–1 мм.

В контрольной группе кровоточивость десен отсутствовала, пародонтальные карманы не превышали 3–5 мм, подвижность зубов значительно уменьшилась, на контрольной рентгенограмме наблюдалось значительное уменьшение глубины пародонтальных карманов, уровень резорбции костной ткани не увеличился, прирост костной ткани не наблюдался.

Заключение

На основании приведенных данных можно сделать вывод о том, что обогащенная тромбоцитами плазма обладает рядом преимуществ: снижает в послеоперационном пе-

риоде отек и боль; значительно ускоряет процессы репаративной регенерации тканей; повышает эффективность хирургических методов лечения заболеваний пародонта.

Литература

1. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 127 с.
2. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. 285 с.
3. Адда Ф. Тромбоциты с высоким содержанием фибрина / Ф. Адда // Институт стоматологии. 2003. №1. С. 67–69.

УДК 616.716.8+615.015

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.С. Ковалева, А.П. Зузова

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Наиболее сложной и актуальной проблемой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии на протяжении многих лет остается лечение и профилактика гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи. Несмотря на успехи в развитии стоматологии, количество пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в течение последних десятилетий сохраняется на стабильно высоком уровне, без выраженной тенденции к снижению [1, 2, 3, 4].

Одной из причин такого положения является возросшая патогенность и вирулентность микрофлоры, появление резистентных к антибиотикам штаммов возбудителей инфекции, что в свою очередь приводит к недостаточной эффективности традиционной антибактериальной терапии [5, 7].

Основным методом в лечении больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области является хирургическое пособие. Антибактериальная терапия проводится только при распространении одонтогенной инфекции за пределы пародонта (под надкостницу, в кость, мягкие

ткани лица и шеи, при системном ответе, реакции лимфоузлов), при этом ее назначают, как правило, эмпирическим путем после хирургического вмешательства. Она базируется на знании наиболее часто встречающихся возбудителей инфекции данной локализации, на распространенности гнойно-воспалительного процесса, общем состоянии больного, особенностях аллергологического анамнеза [5, 6].

Назначение антибактериальных препаратов в амбулаторных условиях затруднено в виду отсутствия возможности проведения бактериологического исследования.

Появление на рынке большого количества новых антибактериальных препаратов и рост резистентности микрофлоры к ним, значительно затрудняют лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, особенно в амбулаторной практике [6].

Цель исследования: изучить фармакотерапию пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в амбулаторной практике.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ 600 медицинских карт стоматологических больных, лечившихся в поликлиниках г. Смоленска в 2004–2006 гг. с наиболее часто встречающимися на амбулаторном приеме гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (периостит челюстей, абсцессы мягких тканей лица и шеи, лимфаденит, одонтогенный остеомиелит, перикоронарит).

Оценку фармакотерапии пациентов проводили по методу случайной выборки амбулаторных карт. Регистрировалась частота назначения различных антибиотиков,

среднее количество назначений, режимы терапии (доза, кратность, путь введения, длительность терапии), нежелательные лекарственные реакции и результаты лечения. Для сбора фармакоэпидемиологических данных была разработана индивидуальная регистрационная карта, включающая следующие показатели: данные пациента (номер амбулаторной карты, пол, возраст), диагноз (основной, сопутствующий, осложнения), результат лечения. Для оценки антибактериальной терапии регистрировались следующие показатели: препарат (торговое и генерическое названия), разовая доза,

кратность введения, путь введения, длительность курса, нежелательные лекарственные реакции, аллергологический анамнез.

Всего проанализировано: 451 история болезни пациентов с периоститом челюстей, 94 – абсцессом мягких тканей лица, 15 – лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи, 11 – одонтогенным остеоми-

елитом челюстей, 16 – перикоронаритом, 8 – обострением хронического периодонтита. Все больные находились на лечении у врача стоматолога-хирурга, которым проводилось необходимое обследование и лечение. Диагноз устанавливался на основании жалоб больного и характерной клинической картины. Рассматривались только случаи законченного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении историй болезни установлено, что антибактериальная терапия применялась у 498 (83%) больных средней длительностью 5 дней.

Наиболее часто врачи стоматологи-хирурги назначали доксициклин (61,1%), линкомицин (11,4%), ампициллин (7,8%), ко-тримаксозол (6,6%), амоксициллин (4,8%), ципрофлоксацин (3,6%), мидекамицин (1,6%). Только 6 пациентам (1,2%) назначались комбинации антибактериальных препаратов (доксициклина и линкомицина с ко-тримаксозолом).

В поликлиниках врачи отдают предпочтение пероральным препаратам – в 97,8%, доля внутримышечно вводимых антибактериальных препаратов составила 2,2%.

Назначенная доза антибактериального препарата была ниже терапевтической в 3,6% случаев. Кратность введения не была соблюдена в 11% наблюдений. Нежелательные лекарственные реакции были зарегистрированы у 3 (0,6%) пациентов.

В 69,8% случаях вместе с антибактериальной терапией применялась десенсибилизирующая терапия: мебгидролип (диазолин) – 69,2%, хлоропирами (супрастин) 23,6%, дифеидамин (димедрол) – 7,4%.

Нестероидные противовоспалительные препараты в монотерапии назначались 4% больных.

Выводы

1. Антибиотики являются наиболее часто применяемыми препаратами для лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области – 83% всех назначений.

2. Выбор антибиотиков для эмпирической терапии в большинстве случаев (73%) проводился без учета наиболее значимых возбудителей заболеваний и стандартов ле-

чения. Только в 10% случаев применялись препараты, рекомендуемые нормативными документами МЗ РФ (цефалоспорины I поколения, макролиды, ингибиторозащищенные пенициллины, фторхинолоны).

3. В 14,6% случаев не соблюдались рекомендации по использованию препаратов (снижена терапевтическая доза препарата, не соблюдена кратность и путь введения).

Литература

1. Губин М.А., Лазутиков О.В., Лупев Б.В. Современные особенности лечения гнойных заболеваний лица и шеи // *Стоматология*. 1998. №5. С. 15–18.
2. Дурново И.А. Диагностика и лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области: Автореф. дис ... к. м. н. М., 2003. 23 с.
3. Забелин А.С. Особенности клиники и комплексного лечения больных с флегмонами лица и шеи в зависимости от выраженности синдрома эндогенной интоксикации: Автореф. дис ... д-ра мед. наук. Смоленск, 1997. 45 с.
4. Робустова Т.Г. Классификация и современное клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний // *Образование, наука и практика в стоматологии: Тезисы докладов II Всероссийской научно-практической конференции*. СПб.: Человек, 2005. С. 173–175.
5. Ушаков Р.В., Царев В.П. Комплексный подход к антимикробной терапии в лечении одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // *Российский стоматологический журнал*. 2003. №6. С. 40–44.

6. Яременко А.И. Алгоритмы антимикробной химиотерапии хирургических стоматологических заболеваний: Методические рекомендации. М., 2001. 45 с.
7. Mandell G.L., Bennett J.E., Dolin R. Principles and Practice of infectious Disease // 4th ed New York. 1995. 2803 p.

УДК 616.716.8+615.281

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ И АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ОБЗОР СОВРЕМЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

Н.С. Ковалева, А.С. Забелин

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Наиболее сложной и актуальной проблемой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии на протяжении многих лет остается лечение и профилактика гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Несмотря на разработку новых методов лечения больных с воспалительными заболеваниями, количество их имеет тенденцию к увеличению [3, 9, 16].

Одонтогенные инфекции обычно вызываются постоянно присутствующими в полости рта микроорганизмами. Обычно это смешанная микрофлора, включающая более 3–5 микроорганизмов. Факультативными бактериями являются преимущественно зеленящие стрептококки (в частности *Streptococcus mutans*, *Streptococcus milleri*), а также неспорообразующие анаэробы (*Peptostreptococcus spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Actinomyces spp.*).

При пародонтальной инфекции наиболее часто выделяют пять основных возбудителей: *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, реже *Campylobacter spp.* [15]. В зависимости от локализации и тяжести инфекции, возраста пациента и сопутствующей патологии, возможны изменения в микробном спектре возбудителей. Так, тяжелые гнойные поражения ассоциируются с факультативной грамотрицательной флорой (*Enterobacteriaceae spp.*) и *Staphylococcus aureus*. У пациентов пожилого возраста, госпитализированных в стационар, также преобладают *Enterobacteriaceae spp.* [11].

По данным И.И. Олейника (1992), в инфекционном процессе при развитии воспалительных заболеваний ЧЛО и полости рта в среднем участвуют от 1 до 6 анаэробов и 1–2 аэроба (стрептококк и стафилококк).

Исследования В.Н. Царева, Р.В. Ушакова (1996) выявили, что при одонтогенных воспалительных заболеваниях высеваются *Staphylococcus spp.* (15%), *Streptococcus spp.* (6%) и облигатные анаэробные бактерии (79%). Анаэробы представлены грамположительными микроорганизмами – *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.*, грамположительные кокками. В 86% высевается резидентная флора, а лишь в 7% – патогенные штаммы.

Клинико-морфологические исследования, проведенные С.В. Тарасенко (2002) показали, что микрофлора гнойного очага больных с одонтогенными флегмонами представлена на 85–96% облигатными анаэробами в ассоциациях с аэробами. Анаэробы обнаруживались в 28–100% посевах, а смешанная анаэробно-аэробная флора гнойных очагов наблюдалась в 52–68% клинических образцов. Анаэробно-аэробные ассоциации наиболее часто состояли из 3–4 видов.

Лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области проводят комплексно: оперативное вмешательство, местное лечение гнойной раны, антибактериальная терапия, физиолечение, по показаниям дезинтоксикационная и иммунокорректирующая терапия.

Тактика хирургического лечения в настоящее время определена достаточно полно. Она включает в себя вскрытие гнойно-воспалительного очага путем послойного рассечения тканей над ним, а также дренирование операционной раны с целью создания условий для эвакуации гнойного экссудата, содержащего возбудителей заболевания, продукты их жизнедеятельности и распада тканей [10, 14].

Антибиотики играют главную роль в лекарственной терапии больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. При работе с антибактериальными препаратами необходимо учитывать их основные качества:

- развитие эффекта в рамках клетки микроорганизма;
- наличие определенной врожденной и формирование приобретенной лекарственной резистентности;
- проспективное снижение антимикробного эффекта в последующих поколениях пациентов [11, 22].

В последнее время обозначилась тенденция к росту устойчивости отдельных возбудителей внебольничной и нозокомиальной инфекций к определенным антибиотикам [19, 28]. Это, прежде всего, распространение метициллинрезистентных стафилококков (MRSA), пенициллин резистентных стрептококков (PRSA) [20, 21, 25, 26, 31]. В то же время сохранилась высокая чувствительность *Streptococcus pyogenes* к пенициллинам и цефалоспорином, но при этом наблюдают рост резистентности микрофлоры к макролидам (до 30%) и тетрациклином (до 60%) [11].

Проведение антибактериальной терапии зачастую осуществляется нерационально, без бактериологического контроля [1], что приводит к развитию резистентности микрофлоры, алергизации организма, нарушению микробиоценоза кишечника [2, 23].

По данным Medical Advertising News (США) врачи-стоматологи ежедневно назначают от 2 до 10 антибиотиков, особенно часто антибиотики применяются у пациентов с жалобами на боль и припухлость мягких тканей лица [32]. Практически отсутствуют данные, подтверждающие целесообразность антибиотикотерапии при

многих манипуляциях в стоматологии. Более того, результаты клинических исследований свидетельствуют о нежелательности использования антибиотиков в некоторых ситуациях [30].

В клинике хирургической стоматологии антибиотики назначают при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области и с целью профилактики (при ранениях мягких тканей и костей лица, после имплантации, реконструктивных операций, системная профилактика при искусственных клапанах сердца) [30].

В настоящее время существуют методы экспресс диагностики оценки чувствительности патогенной микрофлоры к антимикробным препаратам, возможна и доступна клиницистам окраска по Граму, оценка органолептических свойств раневого экссудата. При получении из очага густого сливкообразного гноя, предположительным возбудителем является стафилококковая флора; при получении жидкого, зловонного гноя – микробная ассоциация с преобладанием грамотрицательной бациллярной флоры. Если гной из раны не получен, а выделяется мутно-красноватая жидкость, то можно предполагать анаэробную микрофлору. Также большую помощь в планировании эмпирической терапии оказывает знание наиболее часто встречающихся возбудителей воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [17], топографической анатомии лица и шеи, сведения о распространенности процесса, общем состоянии больного, особенностях аллергического анамнеза, возраст пациента [11]. При лечении больного в условиях стационара целесообразен выбор препарата, имеющего формы для парентерального и перорального введения с целью проведения ступенчатой терапии. Ступенчатая терапия предполагает двухэтапное применение антибактериальных препаратов: вначале парентеральное введение антибиотика, а при улучшении состояния (как правило, на 3–4-й день) переход на пероральный прием этого же или сходного по спектру активности препарата [12].

Тенденция к сокращению пребывания больного в госпитальных условиях за счет увеличения постгоспитального периода

приводит к замене инъекционной формы антибиотика на оральную при дальнейшем лечении в поликлинике. На сегодняшний день проведен ряд контролируемых клинических испытаний, убедительно подтвердивших клиническую эффективность ступенчатой терапии. Ступенчатая терапия обеспечивает клинические и экономические преимущества как пациенту, так и лечебному учреждению [16, 33].

При планировании лечения в условиях стоматологической поликлиники целесообразно назначать пероральные антибиотики с высокой биодоступностью, с длительным периодом полувыведения, с минимальным воздействием на микрофлору кишечника [17].

Яременко А.И. указывает, что причины неэффективности антибактериальной терапии таковы:

- 1) антибиотикотерапия при недренированном очаге гнойного воспаления или при наличии инородного тела в ране;
- 2) инфекционный процесс вызван небактериальным возбудителем (вирусы, грибы);
- 3) неадекватный выбор антибиотика (имеется природная устойчивость возбудителя);
- 4) изменение чувствительности возбудителя во время курса лечения;
- 5) назначение субтерапевтических доз препарата, нарушение методики приема препарата или техники введения (нарушение инструкции по разведению и хранению);
- 6) гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области являются осложнением основного заболевания (врожденные кисты, новообразования);
- 7) суперинфекция госпитальной микрофлорой.

На амбулаторном этапе допустимо лечение больных со следующими нозологическими формами: острые и обострения хронических периодонтитов, острые периоститы, гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей лица и шеи, профилактическое применение антибиотиков при оперативных вмешательствах (удаление ретинированных и дистопированных зубов, цистэктомия, зубосохраняющие операции, имплантация) [4, 16, 17].

Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствующих нормативных документах указаны антибиотики, рекомендуемые для лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи. При терапии абсцессов, фурункулов, карбункулов мягких тканей челюстно-лицевой области необходимо назначать цефуроксим или эритромицин [6], при флегмонах – цефуроксим, амоксициллин/клавуланат, спирамицин, левофлоксацин [7], при остеомиелитах – пефлоксацин, левофлоксацин, цефтазидим, цефуроксим, имипенем, рифампицин, цефтриаксон [8].

При наличии показаний к проведению антибиотикопрофилактики ее необходимо начинать до операции с использованием разовой максимальной дозы подходящего антибиотика и заканчивать после завершения хирургического вмешательства [24].

Антибиотики широко используются в качестве дополнительной терапии для предотвращения инфекций при лечении переломов костей лица. Последние данные показывают, что антибиотики полезны во время проведения первичной хирургической обработки, с их отменой после репозиции и фиксации костных отломков. Продолжение антибиотикотерапии после операции не уменьшает общую частоту инфекционных осложнений [30].

Принято считать, что манипуляции в ротовой полости могут привести к гематогенному распространению микроорганизмов с развитием отдаленных участков инфекции [18]. Вопросы – когда и при каких состояниях необходима антибиотикопрофилактика – остаются противоречивыми [29].

Состояния, требующие антибиотикопрофилактики инфекционного эндокардита:

- искусственные клапаны сердца;
- инфекционный эндокардит в анамнезе;
- врожденное или приобретенное нарушенное состояние клапанов сердца;
- пролапс митрального клапана с регургитацией.

Пациенты с иммунодепрессивными состояниями и пересаженным костным мозгом могут быть рассмотрены как категория лиц, нуждающихся в антибиотикопрофилактике при вмешательствах в полости рта,

ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом пациенты не относятся к категории более высокого риска и не требуют антибиотикопрофилактики при стоматологическом лечении [27].

В.Н. Царев, Р.В. Ушаков (2003) предлагают проводить антибиотикопрофилактику в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с использованием следующей схемы и препаратов (табл. 1).

Таблица 1.
Антибиотикопрофилактика в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Операции	Примеры операций	Препараты
Операции, не связанные с полостью рта	Удаление опухолеподобных и доброкачественных опухолей на лице, кист шеи.	Цефазолин 1г внутривенно. Амоксициллина/клавуланат 1,2 г внутривенно, при аллергии к β -лактамам – ванкомицин 1г внутривенно.
Операции, связанные с полостью рта (условно чистые)	Дентальная имплантология, синус-лифтинг, коррекция альвеолярного отростка, углубление преддверия полости рта.	Рокситромицин 150 мг за 30–60 мин до операции. Цефазолин 1–2 г за 30 мин до операции внутривенно. Линкомицин 0,5 г за 30 мин до операции внутримышечно.
Операции, связанные с полостью рта (контаминированные)	Операция на верхнечелюстной пазухе при пристеночногиперпластическом синусите, остеосинтез при переломе челюсти в пределах зубного ряда, резекция верхушки корня и цистэктомия.	Амоксициллина/клавуланат за 30 мин до операции 1,2 г внутривенно, после операции 625 мг 3 раза в сутки в течение 3 суток. Линкомицин 0,5 г за 30 мин до операции внутримышечно, после операции по 1 г 2 раза в сутки 3 суток.
Операции «грязные»	Иссечение очага при актиномикозе, секвестрэктомия, операция на верхнечелюстной пазухе при гнойных формах синуситов.	Те же препараты, что и при операциях 3 группы, но срок приема после операции 5–7 дней.

Заключение

Разработка алгоритма антибактериальной терапии носит индивидуальный характер, исходя не только из особенностей возбудителей, течения гнойно-воспалительного процесса, состояния иммунной системы организма больного, но и социального анамнеза. При назначении антибактериальных препаратов в амбулаторных условиях не-

обходимо быть уверенным в возможности пациента приобрести препарат, желании и возможности принимать его. При лечении больного в условиях стационара целесообразен выбор препарата, имеющего формы для парентерального и перорального введения с целью проведения ступенчатой терапии.

Литература

1. Воробьев А.А., Лыкова Е.А. Бактерии нормальной микрофлоры: биологические свойства и защитные функции // Микробиология. 1999. №6. С. 102–105.
2. Дмитриева Н.В., Петухова Н.Н. Превентивное применение антибиотиков в терапевтической клинике // Антибиотики и химиотерапия. 2000. №9. С. 20–23.
3. Дурново Е.А. Диагностика и лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области: Автореф. дисс. ... к. м. н. М., 2003. 23 с.
4. Николаев Н.А., Недосеко В.Б. Алгоритмы эмпирической антибактериальной терапии в амбулаторной стоматологической практике // Клиническая стоматология. 2003. №4. С. 62–66.
5. Олейник И.И., Пономарева А.Г., Царев В.Н. Видовой состав ассоциаций возбудителей одонтогенной инфекции и перспектива ее антибиотикотерапии // Военно-медицинский журнал. 1992. №10. С. 50–52.

6. Приказ № 126 от 11.02.2005 г. Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом».
7. Приказ № 477 от 29.07.2005 г. Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным флегмоной».
8. Приказ № 520 от 11.08.05 г. Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным остеомиелитом».
9. Робустова Т.Г. Классификация и современное клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний // Образование, наука и практика в стоматологии: Тезисы докладов II Всероссийской научно-практической конференции. СПб.: Человек, 2005. С. 173–175.
10. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы и флегмоны лица и шеи. М.: МЕДпресс, 2003. 230 с.
11. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Б. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М., 2002.
12. Страчунский Л.С., Розенсон О.Л. Ступенчатая терапия: новый подход к применению антибактериальных препаратов // Клиническая фармакология и терапия. 1997. №4. Т.6. С. 11–17.
13. Тарасенко С.В. Клинико-микробиологическое обоснование профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой хирургии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 49 с.
14. Тимофеев А.А. Гнойная хирургия челюстно-лицевой области и шеи: Учебное пособие. Киев: «Червона-Рута-Турс», 1995. 172 с.
15. Ушаков Р.В., Царев В.Н. Микрофлора полости рта и ее значение в развитии стоматологических заболеваний // Стоматология для всех. 1998. №3. С. 22–24.
16. Царев В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная профилактика воспалительных осложнений в хирургической стоматологии // Российский стоматологический журнал. 2003. №4. С. 21–25.
17. Яременко А.И. Алгоритмы антимикробной химиотерапии хирургических стоматологических заболеваний: Методические рекомендации. М., 2001. 45 с.
18. Debelian G., Olsen J., Tronstad L. // Endodont. Dent. Trauma. 1994. №10. P. 57.
19. Eandi M., Leonzi Cecina G. Pharmacokinetic factors in antibiotic effect: a dynamic system approach to the healing process // In: Pharmacokinetics and antibiotic efficacy. E. Genazzani, ed. Milano. 1987. P. 3–30.
20. Frazee B.W., Lynn J., Charlebois E.D., Lambert L., Lowely D., Pedreau-Remington F. High prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in emergency department skin and soft tissue infections. *Ann Emerg Med.* 2005. 45(3): 311–320.
21. Jones R.N., Kehberg E.N., Erwin M.E. et al. Prevalence of important pathogens and antimicrobial activity of parenteral drugs at numerous medical center in the U.S.I. Study on the threat of emerging resistances: real or perceived? // *Diag. Microbiol. Infect. Dis.* 1994. 19: 203–215.
22. Jones R.N., Pfaller M.A., Cormical M.G. Infections diseases: principles and practice of antimicrobial therapy // *Avery's Drug Treatment.* 4th ed. Barcelona: ADIS Press, 1997. P. 1455–1515.
23. Mandell G.L., Bennett J.E., Polir R. Principles and Practice of infectious Disease // 4th et New York. 1995. 2803 p.
24. Peterson L. // *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1990. №48. P. 617.
25. Salgado C.D., Farr B.M., Calfee D.P. Community – acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: meta-analysis of prevalence and risk factors. *Clinical Infectious Diseases.* 2003. 36: 131–139.
26. Spencer R.C., Bauernfield A., Garsia – Rodriguez J. et al. Surveillance of the current resistance of nosocomial pathogens to antibacterials // *Clinical Microbiology Infection.* 1997. 3(suppl.1): 21–35.
27. Stols J., Pallasch T.J. // *Dent. Res.* 1996. №75. P. 1338.
28. Vartian C.V., Semtimus E.S. Odontogenic infections // *S.Gt-Houst-Dent. Soc.* 1990. 61(9): 7–8.
29. Wahl M. // *Arch. Intern. Med.* 1994. №154. P. 137.
30. Walton R., Serr M., Peterson D. Антибиотики в стоматологии: благо или зло? // *Новости МСРПА.* 2003. №3. С. 1–5.
31. White C. MRSA infections rose by 5% between 2003 and 2004. *BMJ.* 2004. 329(7458): 131.
32. Whitten B., Gardiner D., Jeansonne B. Et al., // *J. Am. Dent. Assoc.* 1996. № 127. P. 1333.
33. Wong-Beringer A., Nguyen K-H., Razeghi H. Внедрение ступенчатой противомикробной терапии // *Am. J. Health-Syst. Pharm.*, 2001, 58, 1146–1149.

УДК 616.716.1 – 089.844.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ДНА ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА

Н.Г. Коротких, М.А. Ходорковский, Б.В. Петров

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им Н.Н. Бурденко»

В плане комбинированного или комплексного лечения рака слизистой оболочки дна полости рта и языка в III стадии заболевания или рецидиве опухоли в 60–70% случаев требуется оперативное вмешательство [3].

Наиболее оптимальным доступом к тканям дна полости рта и языка, при отсутствии поражения нижней челюсти, является срединная мандибулотомия [1, 3]. Блок тканей, удаляемый при субтотальной резекции дна полости рта и языка, включает мышцы, образующие дно полости рта, и мышцы язычные. Для первичного замещения такого дефекта кожно-мышечными лоскутами, включающими крупные мышцы (грудино-ключично-сосцевидную, трапециевидную, большую грудную), затруднительно, так как объем лоскутов

такого типа не позволяет их разместить в пространстве, ограниченном дугой нижней челюсти. Из всех кожно-мышечных лоскутов на питающей ножке наиболее целесообразно использование лоскута, включающего мышцы, лежащие ниже подъязычной кости [2].

Однако серьезными недостатками этого метода являются травматичность, большой процент частичных некрозов лоскута, необходимость использования других способов пластики для восстановления наружных покровов шеи, продолжительность стационарного лечения – 35–70 суток [2].

Цель исследования: повышение эффективности функциональной реабилитации пациентов после резекции тканей дна полости рта и языка.

Материал и методы

Авторы располагают опытом хирургической реабилитации шести пациентов мужского пола (в возрасте от 54 до 59 лет) с субтотальными дефектами дна полости рта и языка. Дефекты возникали в результате радикального удаления злокачественных новообразований и устранялись первично, путем микрохирургической аутотрансплантации лучевого лоскута предплечья. Во всех случаях были рецидивы рака слизистой оболочки дна полости рта после химиолучевого лечения (СОД – 70 Гр). Гистологический диагноз соответствовал плоскоклеточному ороговевающему раку. Во всех наблюдениях отмечено поражение боковой части дна полости рта с инфильтрацией средней трети бокового края языка. При этом нижняя челюсть в опухолевый процесс не вовлекалась.

У всех пациентов доступ к тканям дна полости рта осуществлялся через центральную мандибулотомию.

Резекцию тканей дна полости рта и языка производили с учетом рекомендаций

А.И. Пачеса и соавт. (1988). Образовавшийся в результате этого дефект замещали лучевым лоскутом предплечья.

Сформированный в соответствии с размерами дефекта, лучевой лоскут предплечья переносится на дефект. Для исключения возможности сдавления лоскута. Нами была пересмотрена методика фиксации аутотрансплантата к тканям языка. С этой целью мы формировали площадку на слизистой культи языка, что позволило фиксировать трансплантат не встык, а внахлест. Данная методика исключает сдавление лоскута, т.к. при возникновении послеоперационного отека трансплантат поднимается вверх.

Медиальный край лоскута сшивается с краями слизистой оболочки дна полости рта и корня языка отдельными узловыми кетгутовыми швами.

Учитывая техническую трудность фиксации кожного элемента лоскута к слизистой оболочке альвеолярного отростка ниж-

ней челюсти, использована трансоссальная фиксация. Способ заключается в следующем. При помощи бормашин с угловым наконечником по линии планируемой фиксации лоскута, и с учетом межкорневого расстояния зубов, формируют каналы в альвеолярном отростке нижней челюсти. Создание направляющих отверстий в кортикальной пластинке кости производится круглым бором диаметром 1 мм. Дальнейшая перфорация губчатого вещества и кортикальной пластинки кости осуществляется направляющими фрезами диаметром 2 мм. Для предотвращения нагрева кости, про-

изводят обильное орошение охлажденным (до 4°C) стерильным изотоническим раствором хлорида натрия. После чего латеральный край лоскута фиксируется к внутренней поверхности тела нижней челюсти путем наложения П-образных швов через сформированные каналы.

После приведения фрагментов нижней челюсти в обычное положение проводится остеосинтез титановыми минипластинами. После чего продолжается фиксация оставшегося участка кожного лоскута к переднему отделу нижней челюсти по одной из описанных выше методик.

Результаты исследования и их обсуждение

Полное приживление пересаженных аутотрансплантатов получено у всех пациентов. В сроки наблюдения от 6 месяцев до 3 лет, признаков продолженного роста и рецидива опухоли не выявлено. Все пациенты свободно питаются и разговаривают, в том числе и по телефону. Сроки пребывания больных в стационаре составили от 16 до 20 дней.

Резекция тканей дна полости рта и языка, выполняемая при местнораспространенном раке языка через центральную мандибулотомию эффективна для абластичного удаления опухоли. Вместе с тем, первичное замещение субтотальных дефектов дна полости рта и языка представляет слож-

ную клиническую задачу. Следует отметить, что операции такого объема выполняются редко, так как при подобном распространении опухоли поражение нижней челюсти встречается не часто. Вместе с тем, собственный опыт, устранения подобных дефектов путем микрохирургической аутотрансплантации лучевого лоскута предплечья у 6 больных, позволяет рекомендовать этот метод пластики. Способ реконструкции надежен, одноэтапен и отличается малой травматичностью. Благодаря этому в короткие сроки достигаются адекватные функциональные результаты, ведущие к ранней социальной и психологической реабилитации.

Заключение

Таким образом, замещение субтотальных дефектов дна полости рта и языка путем микрохирургической аутотрансплантации

лучевого лоскута предплечья является методом выбора в вопросах хирургической реабилитации указанного контингента больных.

Литература

1. Кропотов М.А. Современная онкология. 2002. Т.4. №4. С. 112-115.
2. Матакин Е.Г. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. М., 1997. С. 170-172.
3. Пачес А.И., Ольшанский В.О., Любаев В.Л. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. М., 1988.

УДК 617.52/53:616-002.34615.355

ИММОБИЛИЗИРОВАННЫЕ ФЕРМЕНТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ ЛИЦА

*Е.В. Кузьмина, А.И. Кузнецов, А.В. Кондрашина**ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»*

Количество больных с фурункулами лица и шеи в последние годы по-прежнему остается значительным. По данным отделения челюстно-лицевой хирургии СОКБ с 2002 по 2006 гг. на лечении находилось 284 пациента с данным диагнозом, что составило 13% от общего количества больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО, тогда как в период с 1997–2001 гг. эти данные составляли 193 пациента и 10% соответственно. В хирургическом отделении СОКСП по поводу данного заболевания в период с 2002 по 2006 гг. наблюдалось 613 пациентов.

Одним из основных методов лечения фурункулов челюстно-лицевой области является хирургическое вмешательство с последующим выполнением общепринятых принципов ведения гнойной раны с использованием различных фармакологических препаратов. Однако, все лекарственные средства, используемые для повязок у данной группы больных, не лишены недостатков: длительное отторжение гнойно-некротического стержня обуславливает выраженные боли и значительную инфильтрацию, отёк мягких тканей, а также необходимость в широком вскрытии гнойного

очага с развитием в последующем послеоперационных рубцов.

В настоящее время появилось лекарственное средство на текстильной основе Дальцекс-трипсин, содержащее протеолитические ферменты. Этот препарат обладает противовоспалительным, противотёчным действием, способствует разжижению гноя и его эвакуации. Кроме этого, Дальцекс-трипсин нетоксичен, безопасен и практически не имеет побочных эффектов.

Иммобилизированные ферменты на текстильной основе в отличие от других ферментативных препаратов сохраняют свою активность в десятки, сотни раз дольше, при этом их терапевтическая доза в ране не снижается.

В связи с этим мы решили изучить и обосновать перспективность применения Дальцекс-трипсина у пациентов с абсцедирующими фурункулами ЧЛО.

Целью исследования явился анализ результатов лечения больных с абсцедирующими фурункулами ЧЛО при использовании в качестве перевязочного материала Дальцекс-трипсина.

Материал и методы

Нами проведено обследование и лечение 43 больных в возрасте от 19 до 47 лет с абсцедирующими фурункулами челюстно-лицевой области. В зависимости от локализации нами установлено: 9 случаев в лобной области; в 8 случаях – в области верхней губы и угла рта; в 6 случаях в области носа. Фурункулы другой локализации составили 20 случаев. У 60% пациентов абсцедированию фурункулов предшествовало «выдавливание» начальных элементов фурункула, гнойничков кожи, угрей.

Все больные обращались за медицинской помощью на 3–4 день от начала заболевания.

Клинически мы наблюдали выступающий над кожей инфильтрат с гнойно-некротическим стержнем в центре. При пальпации определялся симптом флюктуации и болезненность; пограничные с воспалительным очагом мягкие ткани были отечны и гиперемированы. У всех пациентов наблюдалось недомогание, головные боли были у 15 из 43 больных, в 69% случаев наблюдалось повышение температуры. Кроме клинического обследования проводилось лабораторное: общий анализ крови, анализ крови на глюкозу.

В зависимости от лечения больные были разделены на 2 группы: основная

группа 22 человека; контрольная группа 21 человек.

Пациенты контрольной группы лечились традиционным методом – хирургическое вскрытие абсцесса и дренирование его с последующим промыванием раны растворами антисептиков и наложением повязки с мазью «Левомеколь».

Лечение пациентов основной группы проводилось с использованием салфеток Дальцекс-трипсин. После хирургического вмешательства рана многократно промывалась антисептиками. Затем из пакета стерильным инструментом извлекался перевязочный материал Дальцекс-трипсин, из которого готовили повязку необходимого размера, ее обильно увлажняли 0,25% раствором ново-

каина и рыхло помещали в рану и закрывали сухой марлевой повязкой.

Больным контрольной и основной групп по показаниям назначались антигистаминные и антибактериальные препараты.

На следующий день после хирургического вмешательства больным основной и контрольной групп проводилось промывание раны антисептиками. Пациентам контрольной группы во время перевязок в рану вводился перчаточный дренаж и накладывалась повязка с мазью «Левомеколь». Пациентам основной группы накладывалась повязка из Дальцекс-трипсина.

Контроль за лечением осуществлялся клинически, оценивалась выраженность воспалительных явлений.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех больных основной группы наблюдалось благоприятное течение послеоперационного периода. Через 2–3 дня после операции отмечено отсутствие болевого синдрома и отека мягких тканей, через 3–4 дня рана очищалась от некротических тканей и выполнялась грануляциями. Зажив-

ление раны с образованием небольшого, несколько втянутого рубца происходило на 5–6 день после начала лечения. В среднем лечение пациента составило 5,4 дня.

У пациентов контрольной группы воспалительный процесс купировался на 2–3 дня позже.

Результаты лечения больных с абсцедирующими фурункулами ЧЛО

Критерии оценки	Основная группа	Контрольная группа
Нормализация температуры	2 день	2 день
Купирование болевого симптома	2-3 дня	4-5 дней
Купирование отека	1-2 дня	4-5 дней
Сроки очищения раны и появления грануляций	3-4 дня	5-7 дней
Сроки эпителизации	5-6 дней	7-9 дней
Продолжительность средней нетрудоспособности	5-6 дней	7-9 дней

Выводы

Результаты проведенного нами исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Способ хирургического лечения больных с фурункулами челюстно-лицевой области с использованием иммобилизованных протеолитических ферментов безопасен, не имеет противопоказаний, прост в использовании и доступен для освоения каждым хирургом-стоматологом.

2. Использование иммобилизованных ферментов протеаз дало возможность производить хирургическое вмешательство в меньшем объеме.

3. Применение салфеток Дальцекс-Трипсин способствовало более быстрому купи-

рованию перифокального воспаления, очищению раны от девитализированных тканей, появлению грануляций и эпителизации раны, что позволяет сократить сроки лечения пациентов и уменьшить количество дней нетрудоспособности.

4. На основании проведенных клинических исследований и полученных выводов мы рекомендуем применять иммобилизованные протеолитические ферменты при лечении пациентов с абсцедирующими фурункулами челюстно-лицевой области на амбулаторном приеме и в стационаре.

УДК 616.716.8-001-5

АНАЛИЗ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

К.В. Листратенков

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

В последнее время отмечается увеличение количества и тяжести травм, особенно при дорожно-транспортных происшествиях [9].

Повреждения костей лицевого скелета занимают значительное место в структуре стационарных стоматологических больных, уступая лишь воспалительным заболеваниям челюстно-лицевой области [5, 8, 10]. Причиной повреждения костей лица в большинстве случаев являются бытовые травмы, частота которых в среднем превышает 75% [1]. Из этой группы больные с

сочетанной черепно-лицевой травмой представляют значительные трудности с точки зрения диагностики и лечения, что обусловлено синдромом взаимного отягощения, их своеобразным течением и клиническими проявлениями [2, 3, 4, 6, 7].

Целью нашего исследования явилось изучить частоту и структуру сочетанной черепно-лицевой травмы среди пострадавших, получавших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы в 2001–2005 гг.

Материал и методы

Был проведен ретроспективный анализ историй болезней пострадавших с травмой челюстно-лицевой области. Кроме историй болезней были проанализированы журнал учета оперативных вмешательств ЧЛХ СОКБ с 2001–2005 гг., статистические кар-

ты выписавшихся из стационара. При этом учитывалось: обстоятельства травмы, ее локализация и степень тяжести, длительность догоспитального этапа, полученное лечение и продолжительность нахождения в стационаре.

Результаты исследования и их обсуждение

Было выявлено, что на стационарном лечении в отделении ЧЛХ СОКБ в 2001–2005 гг. находились 1860 больных с переломами костей лицевого скелета. Структура повреждений челюстно-лицевой области не менялась в течение исследуемого промежутка времени. По характеру переломов преобладала бытовая травма – 1711 человек (92%), на втором месте – травмы, полученные при ДТП – 148 человек (8%). Производственная и спортивная травма нами не учитывались, поскольку они встречались крайне редко. Большинство пострадавших были мужчины трудоспособного возраста – 1413 человек (76%). При учете локализации травмы выявлено, что одиночные переломы нижней челюсти диагностированы у 986 пострадавших (53%), двойные и множественные

переломы нижней челюсти – у 576 человек (31%), у остальных – переломы верхней челюсти, скуловой дуги, скуловой кости и множественные переломы костей лица. Причем множественные повреждения чаще отмечались у больных, получивших травму в ДТП.

Из рассмотренной нами группы пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области у 202 (11%) диагностирована сочетанная черепно-лицевая травма. У этих пациентов в распределении локализации травмы сохранялась общая тенденция: преобладали одиночные переломы нижней челюсти – у 91 человека (45%), двойные и множественные переломы нижней челюсти – у 60 пациентов (30%), у остальных диагностированы переломы других костей лицевого скелета. Из повреждений голов-

ного мозга у 192 пострадавших (95%) выявлено сотрясение, у 10 (5%) – более тяжелые повреждения (ушиб головного мозга, гематомы головного мозга различной локализации).

Длительность догоспитального периода варьировала от нескольких часов до полутора месяцев, когда пациенты поступали с тяжелыми гнойно-воспалительными осложнениями травмы челюстно-лицевой области. Наибольшее количество пациентов поступало в срок от 3 до 7 дней с момента получения травмы – 1451 человек (78%).

Большинству пострадавших – 1525 человек (82%), – как с изолированным повреждением костей лицевого скелета, так и с сочетанной черепно-лицевой травмой были применены ортопедические методы лечения переломов: индивидуальные шины Тигерштедта с межчелюстным вытяжением и дополнительная иммобилизация кос-

тных отломков гипсовой шапочкой с пращой. В большинстве случаев это давало удовлетворительный терапевтический эффект и дополнительных хирургических вмешательств не требовалось. Пациентам с переломами верхней и нижней челюстей проводилась иммобилизация отломков с помощью назубных шин в 1847 случаях (99,3%). Противопоказанием к применению данного метода лечения являлось крайне тяжелое состояние пациента или недостаточное количество зубов. При неэффективности консервативных методов пациентам проводились дополнительные хирургические вмешательства: остеосинтез спицей Киршнера по методике Донского в 116 случаях (7%), внеочаговый накостный остеосинтез титановыми минипластинами у 167 пострадавших (9%), остеосинтез проволочным швом применялся в единичных случаях.

Выводы

Таким образом, проведенное нами исследование позволяет утверждать, что в структуре пациентов с переломами костей лица преобладают пострадавшие с одиночными переломами нижней челюсти, а при сочетанной черепно-лицевой травме – их сочетание с сотрясением головного мозга. В связи с низкой медицинской культурой

населения, а также с тем, что большинство травм было получено в состоянии алкогольного опьянения подавляющее число пациентов (чаще 82%) поступало в срок от 3 до 7 дней. При лечении пострадавших применялись консервативные методы лечения. Остеосинтез применялся при их неэффективности.

Литература

1. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица. М.: Медицина, 1975. 303 с.
2. Корж Г.М. Лицевая травма – критерии тяжести // Материалы VII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб., 2002. С. 76.
3. Корж Г.М., Мутафян М.И. Междисциплинарные диагностические алгоритмы при черепно-челюстно-лицевой травме на госпитальном этапе // Физика и радиоэлектроника в медицине и экологии: Труды IV Международной научно-технической конференции. Владимир, 2000. Ч. II. С. 103–106.
4. Лебедев Н.В. Проблема объективной оценки тяжести сочетанной и множественной травмы // Нейрохирургия. 2000. №4. С. 54–58.
5. Лимберг Ал.А. Повреждения челюстно-лицевой области при политравме // Травматология и ортопедия России. 1994. №6. С. 59–66.
6. Лимберг Ал.А. Актуальные проблемы организации медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-лицевой травмой // Передовые технологии лечения на стыке веков. М., 2000. С. 50.
7. Лимберг Ал.А., Данилевич М.О., Абсава К.А., Мкртчян Т.Г. Особенности тактики лечения пострадавших с сочетанной черепно-лицевой травмой // Материалы III съезда нейрохирургов России. СПб., 2002. С. 44.
8. Лимберг Ал.А., Гальцева И.В. Сочетанные и множественные переломы костей лица и организация специализированного лечения // Советская медицина. 1979. №9. С. 47–51.
9. Малахов О.А. О состоянии ортопедо-травматологической помощи детскому населению Российской Федерации и перспективах ее развития // Вестник травматологии и ортопедии. 2001. №3. С. 3–6.
10. Сукачев В.А. Неогнестрельные повреждения. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М.: Медицина, 2000.

УДК 616.314-089.5-031.85

К ВОПРОСУ ОБ АДЕКВАТНОСТИ АНЕСТЕЗИИ МЕПИВАКАИНОМЮ.В. Мишунин, Л.Е. Богданова, Д.А. Дорошенко,
В.Н. Степанов, В.А. Обухов, Д.В. Шаповал

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Сочетание местного анестетика с вазоконстриктором, предложенное более ста лет назад, существенно повышает эффективность анестезии. Однако существует широкая гамма противопоказаний к применению вазоконстрикторов, в роли которых чаще всего выступают катехоламины: адреналин и норадреналин. При их использовании даже в небольших дозах могут проявляться положительные хронотропный и инотропный эффекты, а также спазм

периферических сосудов [2]. В связи с этим, у больных с противопоказаниями к применению анестетика с вазоконстриктором, применяется мепивастезин в «чистом» виде, аналгетические свойства и гемодинамические эффекты которого, на наш взгляд, изучены недостаточно, хотя он дебютировал в стоматологии 50 лет назад.

Целью нашего исследования явилось изучение действия мепивакаина при операции удаления зуба.

Материал и методы

30 больным по поводу удаления зубов применялась местная анестезия 3% раствором мепивакаина (мепивастезина). Первую контрольную группу составляли пациенты, у которых ту же операцию выполняли в условиях анестезии 4% раствором артикаина (убистезин форте) с адреналином в концентрации 1:100 000, вторую – пациенты, анестезия которым проводилась 2% раствором лидокаина.

Адекватность анестезии оценивали по показателям гемодинамики. С помощью ана-

лого-цифрового анализатора «Кентавр» [1] определяли индекс напряжения (ИН), моду (Мо), ее амплитуду (АМо), вариационный размах (DX), число сердечных сокращений (ЧСС), ударный объем сердца (УОС), сердечный индекс (СИ), работу левого желудочка (РЛЖ), общее периферическое сопротивление (ОПС). Систолическое (АДС), диастолическое (АДД) и среднее (САД) артериальное давление определяли используя монитор MF-30.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходные гемодинамические параметры пациентов всех групп статистически не отличались между собой. Во время экстракции зубов ИН увеличивался у больных

всех групп, но в разной степени (табл. 1). Лидирующее положение по росту ИН занимала группа, получавшая лидокаин, а в меньшей степени возрастал ИН группы

Таблица 1.

Изменение показателей КИГ (в % к исходному) во время экстракции зубов при применении различных препаратов

Анестетик	Показатели КИГ			
	ИН	Мо	АМо	DX
Лидокаин	174,4±16,0	88,9±2,5	118,6±8,5	100,8±9,6
Артикаин	155,5±13,0	93,9±1,9	108,9±4,9	105,8±6,5
Мепивакаин	135,6±16,3	92,9±2,2	98,4±5,7; 1)*	118,1±9,1

Примечание. Здесь и в табл. 2–3: 1) – отличие от группы больных, получавших МА лидокаином; 2) – артикаином.
* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,025$.

больных, получивших анестезию мепивакакаином. У этих же больных не наблюдалось роста амплитуды моды при умеренном сокращении самой моды на фоне расширения вариационного размаха. Следовательно, симпатическое напряжение при использовании мепивакаина было выражено в меньшей степени по сравнению с использованием других анестетиков.

При сравнении параметров артериального давления выяснилось, что во время удаления зубов при использовании лидо-

каина без вазоконстриктора и мепивакаина гипертензивные реакции были выражены в меньшей степени, чем при анестезии артикаином с адреналином, причем по диастолическому и среднему АД имелось статистически достоверное отличие (табл. 2). Однако при использовании методики с применением мепивастезина во время удаления диастолическое АД имело тенденцию к снижению, в основном из-за отсутствия гипертензионных реакций у пациентов с нормальным артериальным давлением.

Таблица 2.

Изменение показателей АД (в % к исходному) во время удаления зубов при применении различных анестетиков

Анестетик	Показатель		
	АДС	АДД	САД
Лидокаин	105,9±2,8	101,0±3,2	103,0±1,8
Артикаин	111,6±2,4	110,2±2,7	110,7±2,1
Мепивакаин	105,9±2,7	99,5±3,3; 2**	102,6±2,7; 2**

При этом необходимо отметить, что рост ОПС был характерен для больных, получивших артикаин, тогда как в группе пациентов с анестезией лидокаином он полностью совпадал с ростом среднего АД. При применении мепивастезина стабильность параметров артериального давления была обусловлена стабильностью сосудистого сопротивления, имевшего даже тенденцию к снижению (табл. 3).

Можно сделать предварительный вывод о том, что введение вазоконстриктора способствует большему подъему артериального давления во время удаления зубов, подтверждением чему служат меньшие гипертензионные сдвиги при применении «чистого» лидокаина, хотя симпатическое напряжение было выражено аналогично. Однако применение мепивакаина в значительной степени предотвращало повышение артериального давления при данной операции.

Число сердечных сокращений увеличивалось у больных всех описываемых групп (табл. 3), но особенно выражено у пациентов, получивших «чистый» лидокаин, то есть отмеченная у них симпатическая активация реализовывалась за счет тахикардии, но не гипертензии. При использовании артикаина и мепивастезина увеличение ЧСС было умеренным. Ударный объем сердца отличался относительной стабильностью у больных всех групп. Минутный объем кровообращения резко увеличивался только у пациентов, получивших анестезию лидокаином вследствие развития у них тахикардии. В анализируемой группе он оставался стабильным. Работа левого желудочка в большей степени возрастала у больных, получивших артикаиновую анестезию, в меньшей – при использовании лидокаина, и в еще меньшей – при применении мепивакаина.

Таблица 3.

Изменение показателей центральной гемодинамики (в % к исходному) во время удаления зубов при применении различных анестетиков

Анестетик	Показатели гемодинамики				
	ЧСС	УОС	МОК	РЛЖ	ОПС
Лидокаин	117,5±3,1	96,8±0,7	114,2±3,4	112,5±3,5	103,4±2,1
Артикаин	107,4±2,4**	97,6±0,7	106,2±2,5*	117,6±3,4	107,4±3,7
Мепивакаин	109,0±2,7*	97,2±0,5	106,1±2,4	108,1±3,0	98,6±4,0*

Заключение

Можно констатировать, что мепивастезин имеет ряд преимуществ. Анестезия им обеспечивает во время удаления зубов меньшее напряжение симпатической нервной системы, что свидетельствует о большей ее адекватности. При этом в отличие от анестезии артикаином, наблюда-

ется меньший рост общего периферического сопротивления и всех параметров артериального давления. Анестезия мепивакаином, по сравнению с анестезией лидокаином, предотвращает тахикардические эффекты, приводящие к непропорциональному росту работы сердца.

Литература

1. Астахов А.А. Физиологические основы биоимпедансного мониторинга гемодинамики в анестезиологии (с помощью системы "Кентавр"). Челябинск, 1996. Т.1. 178 с.
2. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. 144 с.

УДК 616.316-07

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

А.Н. Морозов, Е.Ю. Макарова

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

Анализ данных литературы и собственные клинические наблюдения показывают, что основным пусковым механизмом в развитии воспалительных заболеваний больших слюнных желез является обструкция системы протоков.

По данным F. Marchal (2002) причины закрытия просвета протока могут быть самыми разнообразными: реактивная обструкция протоков, сиалолитиаз, стенозы и стриктуры различного генеза, пристеночные полипы, слизистые бляшки.

Диагностические исследования больших слюнных желез, даже при использовании «золотого диагностического стандарта», включающего контрастную сиалографию, УЗИ и КТ, не дают точного определения уровня обструкции протока, что в конечном итоге ставит под сомнение результаты лечения. Свидетельством этого может служить высокий процент хронизации острых форм сиаладенитов.

В сложившихся условиях эндоскопическое исследование системы протоков больших слюнных желез позволяет приблизиться к решению данной проблемы. При

этом сиалэндоскопия позволяет не только диагностировать патологию, но и одномоментно провести необходимые лечебные манипуляции.

Показаниями к проведению сиалэндоскопии служат патологические состояния больших слюнных желез, сопровождающиеся увеличением их размера и изменением консистенции. Проведение данной процедуры позволяет оценить систему протоков и дает визуальную характеристику внутренней среде протоков. У пациентов с хроническими сиаладенитами процедура сиалэндоскопии с лаважем системы протоков изотоническим раствором соли-на так же может рассматриваться как терапевтическое воздействие.

Как лечебная процедура, сиалэндоскопия проводится, прежде всего, при слюнокаменной болезни, с локализацией камня в дистальной части протока подчелюстной железы, ампулярной части железы, поскольку обычное хирургическое вмешательство в данном случае сопряжено с техническими трудностями и с опасностью повреждения язычного нерва. Локализация

камня за коленом Стенонова протока так же является показанием для проведения лечебной сиалэндоскопии.

Среди других показаний для проведения эндоскопии протоков больших слюнных желез следует выделить контрольный осмотр системы протоков после открытой хирургической операции удаления конкремента, а также стенозы, стриктуры и полипы протоков первого второго и третьего порядков, определяемые на основании данных контрастной сиалографии.

Единственным абсолютным противопоказанием к проведению сиалэндоскопии является острый сиаладенит или обострение хронического воспаления слюнной железы. Диаметр протока менее 1,3 миллиметра, диаметр конкремента более 7 миллиметров, а так же конкременты, расположенные в паренхиме железы ограничивают возможности проведения эндоскопического вмешательства.

Способ проведения сиалэндоскопии определяется на основании данных клинического исследования устья и главного протока, а так же данных сиалографии и ультразвукового исследования системы протоков. Сиалэндоскопия при этом проводится одним из четырех возможных вариантов.

- Введение эндоскопа через естественное, предварительно расширенное до 1,3 мм, устье протока.

- При невозможности расширения протока до необходимой величины проводится папиллотомия, расширяющая устье.

- Другой, возможный путь введения эндоскопа – через разрез протока. Это бывает необходимым при наличии рубцовых стриктур в заустьевой части протока.

- Последний, возможный путь введения эндоскопа – в отверстие, через которое был удален конкремент обычным хирургическим способом.

В процессе процедуры сиалэндоскопии проводится ирригация протока через соответствующую канюлю на сиалэндоскопе. Это позволяет расширить проток и добавить дополнительную степень свободы в движениях инструментов. При этом продвижение эндоскопа вперед становится более легким. В процессе процедуры используется дополнительная внутрипротоковая

анестезия, путем введения 2% раствора лидокаина.

Сиалэндоскопия при сиалолитиазе имеет особенности. При этом расположение конкрементов в протоках классифицируется на фиксированное и свободное. Положение конкремента определяется размерами и качественной характеристикой его поверхности.

После определения положения и размеров конкремента в протоке, выбирают способ его удаления. В современной мировой практике существуют четыре способа удаления конкремента при помощи эндоскопической техники:

1. Удаление конкремента единым блоком при помощи проволочной корзины, щипцов или отсоса.

2. Разрушение конкремента при помощи щипцов на фрагменты с их последующим удалением эндоскопической техникой.

3. Фрагментация конкремента при помощи интракорпорального литотриптора с последующим удалением фрагментов.

4. Фрагментация конкремента при помощи высокоинтенсивного лазерного излучения с последующим удалением фрагментов.

Методом выбора всегда является удаление конкремента одномоментно единым блоком. Если эта процедура завершается неудачей, то проводится разрушение конкремента одним из перечисленных способов на более мелкие фрагменты, которые затем удаляются. Недостатком этого способа является необходимость повторного проведения сиалэндоскопии для контроля качества и устранения возможной обструкции.

Сиалэндоскопическое лечение стенозов и стриктур различной этиологии при локализации патологического процесса в главном выводном протоке слюнной железы проводится набором бужей. При локализации стеноза в протоках более высокого порядка используется стандартный баллонный катетер.

Изображение, получаемое при помощи эндоскопа посредством цифровой эндовидеокамеры, передается в системный блок компьютера, где происходит запись на жесткий диск в цифровом формате. Это

позволяет получить высококачественную видеозапись, доступную для многократно-

го просмотра и анализа, а так же изготовления фотографий для истории болезни.

Материал и методы

Для проведения сиалэндоскопии нами используются стандартные одно- и двухканальные сиалэндоскопы (Nahlieli Karl Storz) с диаметрами операционного тубуса 1,3 и 2,3 мм соответственно. Вспомогательное оборудование для проведения лечебных эндоскопических манипуляций включает набор дилататоров устья протока, внутрипротоковые зонды, набор эндощипцов для удаления и разрушения конкрементов, биопсийные щипцы, баллонные дилататоры, корзинчатые проволочные захваты для конкрементов.

Все манипуляции проводятся под местной анестезией. Процедура проведения сиалэндоскопии занимает, как правило, от 30 до 60 минут. Пациенту после проведения процедуры устанавливается в проток полиэтиленовая трубка, улучшающая пассаж слюны и предотвращающая обструкцию просвета протока в результате постоперационного отека.

Результаты исследования и их обсуждение

Во всех описанных случаях после проведенной сиалэндоскопии у пациентов отмечалось изменение размеров и консистенции слюнных желез. Уже на первые сутки после процедуры размеры пораженной железы приближались к размерам здоровой. Консистенция паренхимы железы в течение следующих трех суток претерпевала трансформацию от плотной до мягко-эластической. Пальпация по ходу основного выводного протока была умеренно болезненна в первые сутки.

Эндоскопическое исследование больших слюнных желез является малоинвазивной, простой, недорогой и высоко информативной процедурой в диагностике и лечении обструктивных заболеваний больших слюнных желез, позволяющей избежать

В стоматологической клинике Воронежской государственной медицинской академии имени Н.Н. Бурденко нами были проведены сиалэндоскопические вмешательства шести пациентам с обструктивной патологией системы протоков слюнных желез. Из них четыре сиалэндоскопии поднижнечелюстных желёз по поводу сиалолитиаза. Во всех случаях конкременты находились в ампулярной части Вартонова протока и были извлечены при помощи эндощипцов. При проведении двух сиалэндоскопий околоушных слюнных желез нами были обнаружены стенозы протоков, которые были разбужированы при помощи операционного тубуса. Все пациенты в раннем послеоперационном периоде получали НПВС и курс внутрипротоковой низкоинтенсивной лазеротерапии. Кроме того, пациентам рекомендовали проводить само-массаж железы. Катетер из протока удалялся на третьи сутки.

На наш взгляд, описанные положительные изменения в раннем послеоперационном периоде, прежде всего, связаны с улучшением пассажа слюны. Отсутствие препятствия для оттока слюны создавало благоприятные условия для ликвидации застойных явлений в железе.

Контрольный осмотр пациентов через два месяца после проведенной сиалэндоскопии показал отсутствие каких-либо воспалительных явлений в железе. Пассаж слюны был адекватным, а сама слюна визуально без патологических примесей.

Заключение

обширных открытых хирургических вмешательств. При этом лечение носит этиологический характер. Таким образом, сиалэндоскопия является методом выбора в диагностике и лечении патологии системы протоков больших слюнных желез.

УДК 617.52/53:616.13-007.644

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНГИОДИСПЛАЗИЙ ЛИЦА И ШЕИ

М.С. Ольшанский, Н.Г. Коротких, А.С. Щербинин

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

Термин ангиодисплазия появился в конце 80-х годов XX века для обозначения патологии, характеризующейся нарушением формирования и роста сосудов. Это событие и обусловило его преимущественное использование в литературе за последние десятилетия. К ангиодисплазиям относят врожденные артериальные аневризмы, артериовенозные мальформации, характеризующиеся патологическим сбросом крови из артерий в венозные сосуды через сеть расширенных полостей, врожденные артерио-венозные фистулы, и доброкачественные сосудистые новообразования, ранее называвшиеся гемангиомами. По данным различных исследователей около 50–60% подобных образований локализуются в области лица и шеи [6, 7].

Следует отметить, что на настоящий момент термины «ангиодисплазия» и «сосудистая мальформация» считаются практически идентичными. Термин «vascular malformation» наиболее часто встречается в американской литературе, а европейская школа привержена использованию термина «angiodysplasia» [2, 8].

Для лечения ангиодисплазий лица и шеи предлагались различные, порой диаметрально противоположные методы [1]. Исходя из современных представлений о

патогенетических механизмах формирования и прогрессирования ангиодисплазий, наиболее обоснованными и радикальными следует считать методы лечения, позволяющие добиться не только выключения ангиодисплазии из кровотока, но и ее тотальной эндовазальной деструкции.

В последнее время наибольшее внимание уделяется внедрению в практику малоинвазивных эндоваскулярных методов лечения, основанных на эндовазальном использовании эмболизирующих агентов (официальных эмболизаторов). Развитие и становление эндоваскулярного лечения данных сосудистых образований напрямую связаны с активным внедрением в практику высокоинформативных методов лучевой визуализации, а также с интенсивным и глубоким изучением морфологических особенностей данной патологии. Такой подход к лечению сосудистых образований обеспечивает точность и безопасность вмешательств и осуществляет воздействие непосредственно на патогенетические звенья заболевания [3, 4, 5].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с ангиодисплазиями лица и шеи внедрением в практику малоинвазивных эндоваскулярных методов.

Материал и методы

В нашей клинике с января 2005 года используется эндоваскулярное лечение ангиодисплазий челюстно-лицевой локализации. Данный метод включает комплексное обследование с селективной ангиографией, компьютерной томографией с контрастным усилением, ультразвуковое дуплексное сканирование с цветным Доплеровским картированием и эндоваскулярную селективную микроэмболизацию приводящих сосудов и самой опухоли. На данный момент

обследовано и пролечено 14 пациентов. Ангиографические исследования и операции в режиме дигитальной субтракции проводили на аппарате «Angiostar Plus» (фирма «Siemens») с использованием нейонного контраста Ультравист (фирма «Шеринг»). Для селективной ангиографии применяли специально моделируемые катетеры и проводники. Пункцию бедренной артерии осуществляли под местной анестезией, после чего проводили катетер под контролем флюо-

роскопии в соответствующую сонную артерию, затем ветви наружной сонной артерии. Далее катетер селективно устанавливали в приносящем (афферентном) сосуде, питающем ангиодисплазию, после чего выполняли его микроэмболизацию. Эмболизация проводилась отечественным препаратом «Эмбокс» с размерами сферических частиц гидрогеля 300, 400–600 мкм, или импортным поливинилалкоголем «PVA» с размерами частиц 300–500 мкм.

В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение.

Больной Г. 44 года обратился в клинику с жалобами на обширное сосудистое образование в области спинки, нижней и боковых поверхностей языка, а также слизистой щечной области слева. Язык был увеличен в размерах, что затрудняло артикуляцию, функцию приема пищи. Кроме того, травмирование языка и слизистой щеки зубами приводило к неоднократным кровотечениям.

При проведении ангиографического исследования с использованием режима цифровой субтракции отмечалось заполнение сосудистого образования контрастом, что позволило судить об объеме и локализации ангиодисплазии. Была выполнена операция в объеме двусторонней эндоваскулярной селективной микроэмболизации язычных артерий препаратом «Эмбокс 250–400 мкм». При этом мы предполагали риск

развития ишемических расстройств, которые могут привести к некротическим изменениям в пораженных тканях в послеоперационном периоде.

В первые сутки после операции мы наблюдали ишемию языка, начало формирования воспалительно-дегенеративных изменений. К четвертым суткам зона некроза стала отграничиваться демаркационным валом. В последующие дни проводилась противовоспалительная терапия и лечение, направленное на купирование ишемических расстройств. Ежедневные перевязки, местное применение антисептических препаратов, позволило в ранние сроки проводить этапную некротомию. К двенадцатым суткам мы наблюдали полное очищение языка от некротически измененных тканей и появление активно-гранулирующей раневой поверхности. К моменту выписки рана языка подверглась эпителизации.

Из положительных эффектов удалось добиться уменьшения объема языка, улучшение эстетических результатов. Речь пациента стала внятной, понятной при разговоре по телефону.

Оценивая отдаленные результаты лечения через 6 и 12 месяцев можно видеть устойчивость достигнутого результата, сохранение всех функций языка, отсутствие рецидивного и продолженного роста сосудистого образования.

Заключение

Таким образом, на сегодняшний день актуальным и перспективным направлением в изучении и лечении ангиодисплазий является разработка и внедрение в клиническую практику патогенетически обоснованных эндоваскулярных методов диагностики и лечения, характеризующихся радикализмом, малой травматичностью,

позволяющих добиться хороших функциональных и косметических результатов, а главное снизить частоту рецидивов данной сосудистой патологии. Однако остается очевидным необходимость дальнейшего углубленного изучения возможностей малоинвазивного эндоваскулярного лечения ангиодисплазий.

Литература

1. Рабкин И.Х. Рентгено-эндоваскулярная хирургия / И.Х. Рабкин, А.Л. Матевосов, Л.Н. Готман. М.: Медицина, 1987. 410 с.
2. Краковский Н.И. Гемангиомы / Н.И. Краковский, В.А. Таранович. М.: Медицина, 1974. 181 с.
3. Ситников А.В. Комбинированное хирургическое лечение артериовенозной ангиодисплазий головы и шеи / А. В. Ситников // Врач. 2002. №5. С. 25–26.
4. Дан В. Н. Окклюзия сосудов с помощью эмболов из гидрогеля / В.Н. Дан, А.А. Адамян // Советская медицина. 1988. №9. С. 22–26.
5. Циклин И.Л. Применение малоинвазивных эндоваскулярных методов в комбинированном лечении

- врожденных артериовенозных ангиодисплазий головы и шеи: Автореф. дис. ... к. м. н. / И.Л. Циклин; Московский областной научно-исследовательский клинический институт. М., 2006. 27 с.
6. Дан В. Н. Современные классификации врожденных пороков развития сосудов (ангиодисплазий) / В.Н. Дан, А.И. Щеголев, С.В. Сапелкин // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2006. Т.12. №4. С. 28–33.
7. Surgical treatment of hemangiomas / M Vesper [et al] // *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2000. Suppl. 3. P. 130.
8. Hemangiomas and vascular malformations: different diagnosis, classification, therapy / Hoffman J [et al] // *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2004. Suppl. 1. P. 123.

УДК 616.314-089:612.111.7

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОГЕННОЙ ПЛАЗМЫ КРОВИ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПРИ ОТСРОЧЕННОЙ ДВУХЭТАПНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

В.В. Полякова, А.В. Бочаров

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
Объединение стоматологических клиник «ОРТОС»*

Внутрикостная имплантация занимает видное место в комплексной реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов. На сегодняшний день объективный успех метода ни у кого не вызывает сомнений.

Однако в настоящее время не ясны причины полного или частичного отсутствия интеграции кости в области винтовых имплантатов при благоприятно протекающем послеоперационном периоде [2].

В связи с этим возникает необходимость усовершенствовать комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности внутрикостной имплантации.

Материалы и методы

Нами проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 172 пациентов с вторичной частичной адентией. Всего введено 414 двухэтапных винтовых имплантатов. Пациентам 1-ой группы (118 человек) введено 273 имплантата по обычной общепринятой методике. Пациентами 2-ой группы (54 человека) введен 141 имплантат. В этой группе при проведении отсроченной двухэтапной имплантации применяли аутогенную плазму крови, обогащенную тромбоцитами.

В работе мы использовали методику F.Adda (2003) [1], которая после центрифугирования крови обеспечивала получение тромбоцитов с повышенным содержа-

Одним из наиболее эффективных средств, повышающих регенерационные возможности тканей при местном применении, является плазма крови пациента, обогащенная тромбоцитами. Именно тромбоциты содержат в высокой концентрации факторы роста, инициирующие процессы регенерации.

Цель исследования: повысить эффективность лечения пациентов при проведении отсроченной двухэтапной имплантации, используя аутогенную плазму крови, обогащенную тромбоцитами.

нием фибрина (FRP – Fibrine Riche en Plaquette). В FRP помимо тромбоцитов содержатся лейкоциты. Перед операцией имплантации у пациентов проводили забор крови из локтевой вены в количестве адекватном объему, требующемуся для данной операции. Для забора крови использовали одноразовые пробирки объемом 9 мл. После забора крови пробирки помещались в центрифугу. Центрифугирование крови проводилось 15 минут при 2500 об/мин. В пробирках образовывались три фракции. В нижней части осаждались эритроциты, а в верхней – плазма с низким содержанием тромбоцитов. Между двумя этими фракциями находился сгусток с высоким содержа-

нием тромбоцитов, который извлекали пинцетом и помещали на стерильную поверхность. После извлечения из пробирки и отделения с помощью ножниц эритроцитарной массы полученный сгусток тромбоцитов с повышенным содержанием фибрина использовался нами в форме мембраны.

Операцию внутрикостной имплантации проводили по общепринятой методике, используя физиодеспенсер «Implantmed». Охлаждение костной ткани и режущих инструментов во время операции осуществлялось стерильным физиологическим раствором. После установки имплантатов в костное ложе применяли FRP в форме мембраны для закрытия имплантатов и костной раны перед наложением швов с целью направленной

Результаты исследования и их обсуждение

В послеоперационном периоде у пациентов 1 группы наблюдались послеоперационный отек мягких тканей и болевой синдром. У 4 пациентов (3,4%) развилась гематома мягких тканей. В связи с этим швы были частично сняты и произведено опорожнение гематомы. На этом участке происходило вторичное заживление раны. У 5 человек (5,1%) этой же группы наблюдалось прорезывание швов и расхождение краев раны слизистой оболочки альвеолярного отростка, что сопровождалось частичным обнажением винта-заглушки. После купирования отека были наложены вторичные швы. После операции швы снимали на 9–10 сутки.

В период репаративной регенерации костной ткани в области 9 имплантатов развился периимплантит (3,3%), 5 имплантатов (1,8%) оторвались в связи с отсутствием интеграции кости в области имплантатов. Спустя 3–4 месяца была проведена реимплантация с последующим положительным результатом.

При рентгенологическом исследовании перед II этапом наблюдалось убыль костной ткани в области шейки имплантата от 1 до 2 мм.

У пациентов 2-ой группы, которым во время операции применяли аутогенную

ной регенерации тканей и дополнительной изоляции костной раны от полости рта.

На II этапе у всех пациентов рентгенологически контролировались расположение имплантата и состояние прилежащей костной ткани. Вскрытие имплантата проводили с помощью перфоратора, которым иссекалась вся толщина тканей над шейкой имплантата. Удаляли винт-заглушку, промывали внутреннюю часть имплантата раствором хлоргексидина биглюконата и устанавливали формирователь десневой моносетки (ФДМ) на срок от 3 до 7 дней.

После удаления ФДМ фиксировали супраструктуру, опорную головку, фиксирующий винт и проводили рациональное протезирование.

плазму крови, обогащенную тромбоцитами, в послеоперационном периоде выраженного отека мягких тканей и гематом мы не наблюдали, болевой синдром отсутствовал. Послеоперационный период протекал гладко. В одном случае отмечалось расхождение краев раны, но обнажения винта-заглушки не произошло, так как костная рана была закрыта FRP в форме мембраны и послеоперационная рана заэпителизировалась без осложнений. Швы в этой группе снимали на 6–7 сутки после операции.

В период репаративной регенерации костной ткани периимплантитов зафиксировано не было, однако во время проведения II этапа у больной, которой было установлено 3 имплантата, в области одного из них отсутствовала интеграция кости в области имплантата при благоприятно протекающем послеоперационном периоде, имплантат был извлечен и через 3 месяца проведена реимплантация.

При рентгенологическом исследовании перед II этапом у пациентов 2-ой группы костная ткань в области шейки имплантатов отличалась более плотным строением и убыли ее мы не наблюдали.

Заключение

У пациентов 2-ой группы при проведении отсроченной двухэтапной эндооссальной имплантации винтовыми имплантатами использование аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, в форме мембраны

способствовало благоприятному протеканию раннего послеоперационного периода, снижению количества воспалительных осложнений при полном отсутствии периимплантита в позднем послеоперационном периоде.

Литература

1. Адда Ф. Тромбоциты с высоким содержанием фибрина / Ф. Адда // Институт стоматологии. 2003. №1. С. 67-69.
2. Романенко Н.В. Анализ отдаленных результатов внутрикостной имплантации / Романенко Н.В., Кузнецов Е.А., Царев В.Н. // Российский стоматологический журнал. 2002. №2. С. 6-7.

УДК 617.52:616.5-006.6

К ВОПРОСУ О МЕТАСТАЗИРОВАНИИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ЛИЦА

Н.Ф. Руцкий

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Базальноклеточный рак является основной гистологической формой рака кожи. Среди злокачественных новообразований кожи лица на его долю приходится до 80% случаев [2].

Метастазирование плоскоклеточного рака кожи лица происходит преимущественно лимфогенным путём в регионарные лимфатические узлы. В последние годы дискутируется вопрос о способности ме-

тастазирования базальноклеточного рака кожи. Многолетний опыт лечения больных злокачественными опухолями кожи лица позволяет нам высказать собственное мнение по этому вопросу.

Целью исследования явилось изучение результатов лечения больных с базальноклеточным раком кожи лица по данным отделения челюстно-лицевой хирургии СОКБ.

Материал и методы

Проанализировано лечение больных злокачественными опухолями кожи лица с 1984 года по 2002 год, т.е. до момента реорганизации онкостоматологической помощи.

Всего за этот период времени находились на лечении 2425 больных со злокачественными новообразованиями кожи лица. Из них у 2092 пациентов диагностирован базальноклеточный рак, у 260 – плоскоклеточный рак и у 73 – меланома. Во всех случаях проводились цитологическое или патогистологическое исследования.

Лечение базальноклеточного рака кожи лица осуществлялось моновоздействием либо близкофокусного рентгеновского излучения в дозе 65–70 Гр., либо хирургическим методом. По мере улучшения аппаратного оснащения операционного блока в лечении больных стала применяться лазерная хирургическая установка «Скальпель-1», а с 1995 года – хирургический лазерный аппарат LST 20/01. После специализированного лечения все пациенты динамически наблюдались согласно временным стандартам.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов лечения 2092 больных базальноклеточным раком кожи лица показывает, что в подавляющем большинстве случаев оно было эффективным. Из проблем, которые возникали в процессе динамического наблюдения за данной категорией пациентов, были местные рецидивы опухоли, составившие 2,8% случаев [1].

В последующем, по мере накопления опыта работы с лазерным скальпелем их удалось снизить до минимума [4]. Ни в одном случае из 2089 клинических наблюдений не было выявлено метастазов базальноклеточного рака в регионарные лимфоузлы ни при первом обращении, ни при динамическом наблюдении. Исключение из этого боль-

шого количества пациентов с базалиомами кожи лица и за довольно продолжительный период наблюдения составили 3 больных, у которых отмечались трудности в диагностике заболевания и последующем лечении.

Истории болезни этих пациентов нами тщательным образом проанализированы. Приводим выписку истории болезни одного из этих пациентов.

Больной К., 1938 года рождения, впервые был направлен из района в отделение челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы 21 декабря 1983 года. Заболел год назад. При поступлении у него на коже в правой подглазничной области имелась язва 1,5×1,0 см, окружённая небольшим валиком, регионарные лимфатические узлы не были увеличены. Клинический диагноз “базалиома кожи подглазничной области справа” был подтверждён цитологическим исследованием. Проведено хирургическое лечение. Гистологическое заключение – “солидная базалиома”. После выписки продолжал работать, в течение 3 лет находился на динамическом наблюдении.

Во время очередного осмотра 19.11.86 года в области послеоперационного рубца обнаружен инфильтрат – 2,5×2,0 см. Проведенное цитологическое исследование пунктата было отрицательным. Поэтому 18.12.86 года был взят биоптат. Результат гистологического исследования I “рецидив смешанной опухоли с местнодеструктивным ростом”. Данное заключение, конечно же, настораживало, было в какой-то степени непонятным. Во время очередной госпитализации больного 15.01.87 года удалена опухоль кожи щёчной области справа. Результат гистологического исследования послеоперационного материала – “мелкоклеточный рак из дериватов кожи”. После этого проведено адъювантное лучевое лечение в дозе 40 Гр. (γ-излучение).

В последующие годы пациент К. ещё трижды госпитализировался, у него был обнаружен подтверждённый метастаз рака в поднижнечелюстные лимфоузлы, проводились деструктивные операции, лучевое лечение. 13.02.91 года была проведена экзентерация орбиты вместе с опухолью.

И последним гистологическим диагнозом была “низкодифференцированная базалиома”. По полученным позже сведениям больной К. вскоре умер от прогрессирования болезни. Всего за 12 лет наблюдения он был госпитализирован 7 раз, получил лучевую терапию СОД 120 Гр., за это время проведено 8 цитологических и 7 гистологических исследований с полиморфным заключением. Аналогична судьба и 2 других пациентов, причём характерно, что у больного С., 1927 года рождения, и у больной Р., 1926 года рождения, проводилось хирургическое лечение базалиомы ската носа с одновременным замещением дефекта кожным лоскутом из соседних областей.

Из злокачественных опухолей кожи лица наиболее часто, по нашим данным, встречается базальноклеточный рак – в 86,3% случаев, плоскоклеточный рак и меланома – соответственно в 10,7% и 3% наблюдений. Из 2092 наблюдаемых нами больных базальноклеточным раком кожи лица только у 3 пациентов отмечалось атипичное течение заболевания, у них наблюдалось неоднократное рецидивирование опухоли, метастазирование в регионарные лимфоузлы, разночтения в интерпретации результатов гистологических исследований. Следует также отметить, что у этих 3 больных процесс прогрессировал под внешне неизменным кожным лоскутом, используемым для закрытия операционного дефекта.

Микроскопическое строение опухолей кожи человека крайне разнообразное. Лучшей иллюстрацией этого является Международная гистологическая классификация опухолей кожи № 12, в которой только лишь раздел эпителиальных опухолей занимает обширное описание.

Говоря о метастазировании базальноклеточного рака кожи лица, уместно привести высказывание профессора А.И. Пачеса (1983) о том, что в случаях нахождения метастазов базалиомы нужно пересмотреть микропрепараты, возможно, следует повторить биопсию и проверить, была ли базалиома в действительности.

В своей диссертации, выполненной в отделении опухолей головы и шеи ОНЦ РАМН, И.Н. Пустынский (1995) показал, что метастазирование базальноклеточного

рака при ограниченных формах его не наблюдается. Он описывает 10 случаев метастазирования базалиомы кожи из 124 наблюдаемых им больных. Автор объясняет это особым контингентом исследуемых больных, которые имели распространённые поражения кожи и рецидивы заболевания. Говоря о выводах в своей работе,

он предполагает, что метастазирование базальноклеточного рака кожи лица связано, по-видимому, с метаплазией опухоли, которая наступает в процессе её рецидивирования и прогрессирования.

Приведенные в данной статье наши клинические наблюдения подтверждают приведенные этим автором данные.

Заключение

Представляется очевидным, что к постановке вопроса о метастазировании ба-

зальноклеточного рака кожи лица надо подходить чрезвычайно осторожно.

Литература

1. Карпухина Л.И. Лечение больных с предраковыми заболеваниями, доброкачественными и злокачественными новообразованиями мягких тканей лица непрерывным СО₂-лазерным излучением: Автореф. ... к.м.н. Смоленск, 1988. 20 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. С. 37–56.
3. Пустынский И.Н. Лечение распространённых и рецидивных форм рака кожи головы и шеи: Автореф. ... к.м.н. М., 1995. 21 с.
4. Руцкий Н.Ф. Результаты лечения больных раком кожи лица и губы с использованием лазерного хирургического аппарата LST-20/01 / *Стоматология*. 2004. Т.83 №1. С. 33–34.

УДК 616.716.1-002.3

ПРЕ- И ПОСТСЕПТАЛЬНЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОГЛАЗНИЧНЫХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Н.Ф. Руцкий, О.Н. Зузова, А.Н. Руцкий

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Окологлазничные ткани лица (нижние отделы лобной области, скуловая область, подглазничная область, переносица) могут вовлекаться в воспалительный процесс при фурункулах этих локализаций, абсцессе, нагноении ран, а также при распространении гноя по протяжению при абсцессах и флегмонах соседних областей. Особую значимость в патогенезе орбитальных осложнений имеет одонтогенное воспаление верхнечелюстной пазухи.

В настоящее время накоплен значительный клинический материал, свидетельствующий о значении глазничной перегородки в патогенезе орбитальных осложнений [2].

Глазничная перегородка (*septum orbitale*) – это хорошо выраженная фасция, которая соединяет края хрящей век с костными

краями орбиты. Эта перегородка делит орбиту на два отдела – пресептальный (передний) и постсептальный (задний). Она в определённой степени препятствует распространению воспалительного процесса из переднего отдела в задний и наоборот.

Для хирургов важно также знание того, что полость глазницы разделена фасцией – влагалицем глазного яблока – на бульбарный и ретробульбарный отделы. Наружная поверхность этой фасции (теноновой капсулы) соединяется тяжами с костными краями орбиты, что также является препятствием для распространения воспалительного процесса в ретробульбарное пространство [3]. Кроме того, важным барьером для распространения инфекции из околоносовых пазух является надкостница ор-

биты (периорбита). Периорбита на больших участках непрочно соединена с костью. Это важно учитывать при вскрытии орбиты, так как можно легко попасть тупым инструментом под надкостницу, а не в ретробульбарное пространство [5].

В орбиту инфекция из прилежащих гнойных очагов может проникать по протяжению, гематогенным путём или при травматическом повреждении стенок глазницы. Реже это происходит через врождённые дефекты орбиты – дигесценции [4]. Важное значение имеет распространение воспалительного процесса в глазницу по протяжению при одонтогенном синусите.

Воспалительные орбитальные осложнения Chandler (1970) делит на 5 видов:

1. Пресептальный целлюлит.
2. Орбитальный целлюлит.
3. Субпериостальный абсцесс.
4. Абсцесс орбиты.
5. Флегмона орбиты.

В нашей стране клиницисты также используют классификацию Ф.И. Добромыльского и И.И. Щербатова (1961) [1]:

Материал и методы

В течение 10 лет в отделении челюстно-лицевой хирургии СОКБ находились на лечении 34 больных с воспалительными заболеваниями окологлазничных тканей и орбиты.

Из них у 7 пациентов имело место нагноение раны надбровной области, у 3 – фурункул переносицы, у 7 больных – фурункул верхнего века, с флегмоной подглазничной области лечились 6 пациентов, у 2 больных отмечалось нагноение гематомы нижнего века и у 2 пациентов – абсцесс нижнего века.

Первую группу пациентов составили 27 больных с пресептальными орбитальными осложнениями относительно лёгкой степени тяжести.

Вторую группу составили больные с постсептальными орбитальными осложнениями

Результаты исследования и их обсуждение

При поступлении у больных I группы отмечался отёк век, чаще верхнего, очень редко гиперемия кожи век. Из-за увеличенного объёма верхнее веко оказывалось опущенным, что создавало картину псевдоптоза. Надавливание на глазное яблоко

1. Периостит орбиты.
2. Субпериостальный абсцесс.
3. Воспаление мягких тканей глазницы – отёк век и ретробульбарной клетчатки.
4. Гнойное воспаление мягких тканей глазницы – абсцесс век, ретробульбарный абсцесс, флегмона глазницы.
5. Псевдохолестеатома глазницы.

Гнойные воспалительные процессы в окологлазничных тканях и орбите являются актуальной проблемой гнойной хирургии челюстно-лицевой области. Объясняется это сложностью анатомо-топографического строения данной области, близостью расположения жизненно важных органов. Воспалительные заболевания указанной локализации могут приводить к потере зрения, способствовать переходу воспаления на пещеристый синус, оболочки головного мозга, вещество мозга.

Целью исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений, течения и результатов лечения пре- и постсептальных орбитальных воспалительных осложнений.

У 7 пациентов этой группы при поступлении была диагностирована флегмона орбиты. Весьма характерно, что у всех этих больных флегмоне ретробульбарной клетчатки предшествовал острый гнойный одонтогенный синусит. Помимо этой патологии у 2 пациентов этой группы отмечалась флегмона близлежащих к орбите клетчаточных пространств – подглазничной, щёчной, височной и околоушно-жевательной областей, подвисочной и крыловидно-нёбной ямок.

При поступлении больные консультировались окулистом, ЛОР-врачом, неврологом, проводилось рентгенологическое, в одном случае – компьютерное томографическое исследование, а также ЭКГ и общий анализ крови.

было безболезненным, движения глазного яблока сохранены, острота зрения не нарушена. При поступлении эти пациенты минимально обследовались, по показаниям проводилась консультация окулиста. В день поступления проводилось вскры-

тие поверхностно расположенных абсцессов, хирургическая обработка нагноившихся ран. В последующем проводилось антибактериальное, противовоспалительное, десенсибилизирующее лечение. И больные выписывались в удовлетворительном состоянии без нарушения функции органа зрения.

У больных II группы ведущими клиническими симптомами являлись экзофтальм, нарушение подвижности глаза, снижение остроты зрения, диплопия. Отмечалось быстрое нарастание отёка век и конъюнктивы, появлялся хемоз. Эти местные изменения происходили на фоне ухудшения общего состояния, повышения температуры тела до 39°C и выше, озноба, усиления головной боли.

После соответствующей подготовки больных осуществлялось хирургическое пособие под общим обезболиванием. Следует отметить, что операция на верхнечелюстном синусе и орбитотомия проводились в разные сроки с момента поступления: от нескольких часов до недели. В одном случае больная находилась на лечении в ЦРБ области 16 дней и поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ уже с потерей зрения. Наряду с оперативным вмешательством все больные получали антибактериальную, дезинтоксикационную, противовоспалительную, антикоагулянтную терапию. Больные регулярно наблюдались окулистом, вносилась соответствующая коррекция в план антимикробной терапии клиническим фармакологом. Активная патогенетическая терапия позволила сохранить жизнь всем 7 пациентам. Однако эти мероприятия не предотвратили тяжелейшее осложнение у 2 больных – у них было потеряно зрение на один глаз.

Анализируя все клинические случаи орбитальных осложнений, следует отметить, что диагностика пресептальных осложнений не представляет сложности и осуществляется с помощью клинических методов обследования. Необходимость в рентгенологическом обследовании, тем более в компьютерной томографии, возникла только в тех случаях, когда причина отёка мягких тканей была не ясна.

Осложнения, развивающиеся в ретробульбарном отделе орбиты, независимо от степени выраженности клинической картины требуют оказания немедленного хирургического и медикаментозного лечения. Наш анализ результатов лечения больных с флегмонами орбиты показывает, что исход болезни был положительным, если хирургическое вмешательство (а оно является основным компонентом комплексной терапии) проводилось в момент поступления больных в клинику челюстно-лицевой хирургии. Так, у двух больных вскрытие верхнечелюстной пазухи и орбиты по независящим от хирурга обстоятельствам было проведено в сроки от 7 суток в одном случае, до 18 суток – в другом. Оба эти пациента потеряли зрение на один глаз. Проведение неотложного вмешательства особенно важно у больных молодого возраста, как это имело место в наших клинических наблюдениях – 5 пациентов из 7 были в возрасте от 16 до 30 лет.

В качестве иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больной П., 45 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы 20.09.06 г. с жалобами на боль в правом глазу, потерю зрения на этот глаз, припухлость век, озноб, плохое общее состояние.

17.09.06 г. заболел 16 зуб. Через 2 дня повысилась температура тела до 39°C. Впервые за медицинской помощью обратился 19.09.06. Врач скорой помощи ввёл литическую смесь и предложил обратиться в инфекционное отделение. Пациент отказался. 20.09.06 утром состояние ухудшилось, появилась припухлость и болезненность в правом глазу. Вечером того же дня доставлен в приёмное отделение больницы. Осмотрен окулистом, ЛОР-врачом, челюстно-лицевым хирургом. Сделана рентгенография придаточных пазух носа, правая верхнечелюстная пазуха гомогенно затемнена. Окулистом была вскрыта флегмона верхнего века правого глаза, и больной был госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии, где был удалён 16 зуб, назначена дезинтоксикационная и антибактериальная терапия.

21.09.06 под наркозом вскрыта правая орбита по ниже- и верхнелатеральному краю, получен экссудат с "ихорозным" запахом. Клиническим фармакологом назначен цефотаксим, метронидазол, гепарин. В последующем проводилась компьютерная томография орбиты, осуществлялась правосторонняя синусотомия со вскрыти-

ем верхней её стенки и созданием сообщения с ретробульбарным пространством. В результате активной комплексной терапии удалось сохранить жизнь пациенту, но он потерял зрение на правый глаз.

В данном наблюдении тяжёлые последствия у больного П. наступили из-за позднего оказания специализированной помощи.

Заключение

Орбитальные воспалительные процессы, особенно флегмона орбиты, являются грозным осложнением одонтогенного верхнечелюстного синусита, а также флегмон прилежащих к глазнице пространств. Успех лечения таких пациен-

тов зависит от своевременного и адекватного лечения. Поэтому при малейшем подозрении на орбитальные осложнения необходимо незамедлительно госпитализировать больного в специализированное отделение.

Литература

1. Добромьельский Ф.И., Щербатов И.И. Придаточные пазухи носа и заболевания глазницы. М.: Медгиз, 1961. 288 с.
2. Лучихин Л.А., Гилязетдинов К.С., Завгородний А.Э. Пре- и постсептальные орбитальные риносинусогенные осложнения // Вестник оториноларингологии. 2000. №2. С. 23–27.
3. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Под ред. акад. В.В. Кованова. М.: Медицина, 1985. С. 78–81.
4. Пальчун В.Т., Крюков А.Т. Оториноларингология. М.: Медицина, 2001.
5. Пискунов И.С., Завьялов Ф.Н., Пискунов В.С., Кузнецов М.В. Диагностика и лечение риносинусогенных орбитальных осложнений. Курск, 2004. 112 с.

УДК 616.314+615.849.19

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТО-ЛАЗЕРОТЕРАПИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.В. Тюрин, В.С. Мялина, Т.Г. Бабичева

ГУЗ «Областная стоматологическая поликлиника», г. Брянск

Лечение заболеваний челюстно-лицевой области в амбулаторных условиях представляет определенные трудности, а в ряде случаев становится трудно решаемой проблемой. Нередко выбор наиболее эффективных методов терапии ограничен из-за их громоздкости, дороговизны и возможности развития осложнений. В настоящее время широко применение в медицинской практике получило низкоэнергетическое лазерное из-

лучение (НИЛИ) генерируемое с помощью различных аппаратов [1, 3]. Современные лазерные аппараты позволяют электромагнитные волны инфракрасного диапазона, способные проникать в ткани человека на значительную глубину [2].

Цель исследования: повышение эффективности лечения стоматологических больных в амбулаторных условиях с помощью магнитолазерного двухканального аппарата «УЗОР-2К-Супер».

Материал и методы

Под наблюдением находилась группа больных в количестве 42 человек в возрасте от 20 до 60 лет с воспалительными забо-

леваньями челюстно-лицевой области и болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. При назначении курса лазе-

ротерапии учитывались показания и противопоказания. Эффективность НИЛИ при лечении стоматологических заболеваний оценивали по динамике клинических симптомов (уменьшению боли, размеров отека и инфильтрации мягких тканей, срокам очищения раны и появлению краевой эпителизации, восстановлению функции). Результаты сравнивали с данными, полученными при лечении больных традиционными методами без использования физиотерапии.

Пациентам с болевым синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (10 пациентов, 1 группа) проводилась контактная магнитолазерная терапия по полям с учетом анатомических границ сустава. Режим – 1500 герц, экспозиция – 60–90 сек. на поле.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов 1 группы после 2–3 сеансов наблюдалось значительное уменьшение боли при открывании рта, через 5–7 процедур болевой синдром купировался полностью. Курс лечения составил 10–15 процедур. Тогда как в группе сравнения болевой синдром купировался через 20 дней.

У больных 2 группы уже после 1–2 процедур отмечалось исчезновение отека тканей и уменьшение явлений воспаления. Курс лечения составил 4 процедуры. Тогда как у больных группы сравнения вос-

палительные явления купировались через 7 дней.

У больных 3 группы положительный эффект от лечения проявлялся уменьшением или ликвидацией боли после 1–2 сеансов, снижением интоксикации, ускорением процессов очищения и репаративной регенерации в ране, эпителизация раны наступала на 6 сутки после начала лечения. У больных сравняемой группы купирование воспаления и эпителизация раны наблюдались только на 10 сутки.

Заключение

Таким образом, результаты лечения больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава с применением магнитолазерной терапии в условиях областной стоматологической поликлиники г. Брянска показали

высокую эффективность использования данного метода. На основании полученных данных можно рекомендовать внедрение современных методов магнитолазерной терапии в поликлиники для лечения стоматологических заболеваний.

Литература

1. Александров М.Т., Евстигнеев А.Р., Елисеенко В.И., Добкин В.Г., Зуев В.М., Бессонова С.В., Панкрашин В.Я., Киреев А.К., Милованов О.В. // Методические рекомендации по клиническому применению полупроводниковых лазерных терапевтических аппаратов на арсениде галлия. Москва – Калуга, 2006.
2. Иванов А.С. // Руководство по лазеротерапии стоматологических заболеваний. Санкт-Петербург, 2000.
3. Евстигнеев А.Р. // Применение полупроводниковых лазеров и светодиодов в медицине. Калуга, 2000.
4. Прохончуков А.А., Жижина Н.А. // Лазеры в стоматологии. М., 1986.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.314-089.28-053.9

ОСОБЕННОСТИ ДЕОНТОЛОГИИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, И.А. Ковалева, П.Н. Гелетин,
Н.А. Поликарпова*

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
МЛПУ «Гагаринская стоматологическая поликлиника»*

Исследования в области профилактики преждевременного старения и длительно-го поддержания функциональной и социальной активности населения, по определению Международной ассоциации геронтологов, являются приоритетным направлением медицинской науки.

Количество старых людей в той или иной стране определяется, исходя из календарного возраста с учетом произвольно установленной границы (50 или 60 лет) наступления старости. При этом совершенно не учитывается тот факт, что граница наступления старости определяется не количеством прожитых лет (календарный возраст), а объективным состоянием здоровья и субъективными ощущениями пациента [5]. По классификации ВОЗ (1983) интересующая нас часть населения делится на следующие группы:

- люди среднего возраста (45–59 лет);
- пожилые люди (60–74 года);
- старые люди (75 и >);
- очень старые люди (свыше 90 лет).

По данным Н.К. Горшуновой (2003) только 2% представителей человеческой популяции стареет плавно, постепенно, по физиологическому типу. У остальных людей старение происходит ускоренно, на фоне полиморбидности, которая начинает формироваться в возрасте 30–55 лет. Развитие инволютивных процессов в организме в сочетании с полиморбидностью приводит к сужению функциональных и адаптационных возможностей и требует комплексной реабилитации, включающей

медицинский, психологический и социальный аспекты.

Медицинская реабилитация – один из важнейших разделов, без которого невозможно проведение и достижение эффективной коррекции психологического статуса и социальной реинтеграции. Частные виды медицинской реабилитации многообразны, но каждый из них, в том числе и стоматологический, направлен на восстановление, частичную компенсацию, либо замещение утраченной или сниженной функции в условиях максимального поддержания качества жизни пациента.

В связи с выраженным демографическим сдвигом [1, 2, 4] в сторону увеличения количества людей пожилого возраста, число таких больных еще более возрастает.

Пожилым возрастом и определяет главную особенность и сложность лечения этих пациентов в связи со снижением адаптационных возможностей их организма. Реабилитация больных пожилого возраста, особенно с заболеваниями пародонта, крайне трудна и позитивный эффект может быть достигнут только при непрерывном проведении восстановительного лечения соразмерно функциональному дефекту.

На сегодняшний день совершенно ясно, что не может быть иного лечения болезней пародонта, кроме комплексного, в котором ортопедические вмешательства занимают особое место. Устранить функциональную перегрузку зубов, которая на определенной стадии болезни становится одним из главных патогенетических факторов, мож-

но только ортопедическими методами, мишенью которых, по образному выражению В.Н. Трезубова (1996), является травматическая окклюзия. К сожалению, именно ортопедические мероприятия проводятся эпизодически. На основании ретроспективного анализа 1179 амбулаторных карт пациентов с различными формами пародонтита в трех поликлиниках установлено, что протезирование с временным и (или) постоянным шинированием, без указаний конкретной конструкции, проведено у 3,5–24%, пришлифовывание зубов без обозначения методики – у 1,7–18%, ортодонтическое лечение вообще не применяется.

На основе данных литературы и собственных наблюдений, в том числе 168 пациентов с полным отсутствием зубов, мы считаем необходимым привести некоторые практические рекомендации для стоматологов при курации пациентов пожилого и старческого возраста.

- На основании системно-ситуационного анализа состояния профилактики и лечения пациентов с заболеваниями пародонта выявлен ряд противоречий и проблем, основными из которых являются следующие: отсутствие или недостаточный уровень интегрированного системного подхода к ранней диагностике; противоречие между имеющимися возможностями и неадекватной монотерапией болезней пародонта, их поздней выявляемостью и низкой мотивацией населения к терапии; недооценка ортодонтических, ортопедических методов и необоснованно долгое применение медикаментозного лечения и физических процедур, даже при выраженной травматической окклюзии.

- Пациенты с проблемой протезирования по психологическим критериям должны пройти консультацию у медицинского психолога.

- Постановку искусственных зубных рядов при изготовлении полных съемных протезов следует проводить только в артикуляторе.

- При наложении протеза необходимо минимизировать механическое воздействие; предупредить пациента о необходимости обеспечения тщательной гигиены полости рта (очень часто возникновение

протезного стоматита связывают с аллергическими воздействиями, хотя на самом деле причиной воспаления слизистой является интоксикация продуктами деятельности микроорганизмов, размножающихся в бактериальном налете).

- После протезирования пациенты должны находиться на диспансерном учете, с ежегодным осмотром и контролем атрофии альвеолярного отростка под базисом протеза.

- Протезами следует пользоваться не более 9–10 часов в сутки и в дневные перерывы проводить пальцевой аутомассаж протезного ложа по 5–7 минут с целью улучшения кровоснабжения.

- При лечении пациентов, которые по каким-либо причинам не в состоянии посетить клинику требуемое количество раз, более широко применять нетрадиционные способы протезирования, в частности использовать после соответствующей коррекции старые протезы при условии, что больной пользовался ими до последнего времени.

- Одним из методов улучшения фиксации съемных протезов является применение различных адгезивных препаратов в виде клеевых композиций. Мы считаем, что эти методы не могут кардинально решить проблему, прежде всего из-за необходимости их частого нанесения (≈ 1 раз в течение 3 часов). Однако, на наш взгляд эти методы весьма необходимы в период адаптации к протезам, так как помогают более быстро и безболезненно проводить процесс привыкания, предупреждать раздражающее действие базиса на слизистую оболочку. Применение различных адгезивных гелей полезно при повторном протезировании и у пациентов с психическими проблемами.

- Локальное использование медикаментозных средств; применение седативных препаратов.

- Следует подумать о буквенной или цифровой маркировке протеза, так как пожилые и старые пациенты могут забывать протезы в самых различных местах; кроме того, некоторые пациенты хранят несколько наборов протезов и нередко накладывают на верхнюю и нижнюю челюсти протезы, относящиеся к различным парам.

- При общении с пожилыми пациентами не следует директивно назначать время приема. Напротив, необходимо выяснить, в какое время пациенту удобнее всего посещать клинику. Это связано, прежде всего, с тем, что жизнь пожилых и старых людей зачастую подчинена определенному режиму, который зависит от целого ряда внешних и внутренних факторов.

- В случае необходимости уточнения времени приема следует говорить не «Вы меня поняли?», а «Правильно ли я Вас понял, что Вы придете к нам такого-то числа в такое-то время?»

- Обсуждение различных вариантов терапии должно обязательно проводиться с пациентом, а не с сопровождающим его лицом. При этом желательно, чтобы сопровождающее лицо также находилось в кабинете. Однако обращаться необходимо напрямую к пациенту. Руководствоваться мнением сопровождающего лица при выборе окончательного варианта терапии допустимо только в исключительных случаях.

- Пациенты, проживающие в домах престарелых, крайне неохотно идут на изменение привычного распорядка дня и, прежде всего, режима питания.

- Если место жительства пациента находится достаточно далеко от клиники, то большое значение приобретает расписание движения общественного транспорта.

- Возможности пациентов, страдающих сахарным диабетом, серьезно ограничены необходимостью соблюдения жесткого гра-

фика приема пищи и лекарственных препаратов.

- При назначении времени приема необходимо учитывать наличие такой деликатной проблемы, как например, недержание мочи. Очень немногие пациенты способны говорить об этом спокойно. Поэтому необходимо чрезвычайно внимательно относиться к пожеланиям старых пациентов, при определении конкретного времени приема.

Все выше изложенное имеет особенно важное значение именно для людей пожилого и старческого возраста. В заключение считаем необходимым отметить, что реабилитационные мероприятия в отношении пожилых и старых людей должны включать в качестве основных аспектов помощи преодоление отрицательных реакций на возраст, формирование конструктивной позиции в общении, в отношении к старости как к вершине жизненного пути. Они не должны быть эпизодическими, при курации именно этих возрастных групп необходима диспансеризация с выработкой корректирующих профилактических программ, направленных на восстановление или частичную компенсацию функций стареющего организма. Дискуссии о целесообразности реабилитации людей старшего возраста в цивилизованном обществе неэтичны, постоянное увеличение численности этой возрастной группы диктует необходимость более пристального внимания стоматологов к гериатрии, с обязательным проведением реабилитации.

Литература

1. Белокриницкий Д.В. Клиническая физиология пожилого возраста в практике семейного врача // Реабилитация в геронтологии и гериатрии. Геронтология и гериатрия в семейной медицине. Курск, 2003. С. 5–7.
2. Борисова Е.Н. Совокупность факторов, способствующих полной утрате зубов к пожилому и старческому возрасту // Российский стоматологический журнал. 2000. №3. С. 23–25.
3. Трезубов В. Н. Травматическая окклюзия: особенности диагностики и планирования лечения // Пародонтология. 1996. №1 (1). С. 36–40.
4. Юшманова Т.Н. Эколого-гигиенические и социальные аспекты стоматологического здоровья населения Архангельской области // Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Архангельск, 1999. 38 с.
5. Marxhogs R. Геронтостоматология // Новое в стоматологии. 2005. №1. С. 45.

УДК 616.314-089.29-633

АЛГОРИТМ ПЛАНИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЫВАЮЩИМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

*И.А. Адаева**ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»*

В решении проблемы фиксации съемных протезов при частичном и полном отсутствии зубов, а, следовательно, восстановления функции жевания, речи и эстетических норм большую роль играет сохранение корней и одиночно стоящих зубов. В связи с этим большой интерес представляет совершенствование так называемых перекрывающих (покрывных) протезов, базис которых покрывает корни и/или культи коронок зубов.

Анализ данных литературы показывает, что взаимоотношение корней зубов и базиса перекрывающего протеза может иметь несколько вариантов, а именно: по типу "short-coping" (короткая куполообразная культя, чаще всего покрытая пломбирочным материалом или штифтовой вкладкой); по типу "long-coping" (культя корня, высотой 4–5 мм, покрытая колпачком или телескопическими коронками). В настоящее время наибольший интерес и неоспоримое практическое значение для фиксации перекрывающих протезов представляют кнопочные аттачмены и балочная система [1, 2, 3].

Материал и методы

В клинике ортопедической стоматологии проведено обследование и лечение 66 пациентов (29 мужчин и 37 женщин) в возрасте 40–84 лет при помощи перекрывающих протезов. Из них 12 пациентам были изготовлены перекрывающие протезы, фиксирующиеся при помощи кнопочных аттачменов, 10 пациентам – с балочной системой. С подготовкой корней по типу "short-coping" были изготовлены 20 перекрывающих протезов для 17 пациентов, по типу "long-coping" – 28 протезов для 27 пациентов.

Для фиксации и стабилизации перекрывающих протезов в общей сложности использованы 129 корней зубов верхней и

Выбор той или иной конструкции перекрывающего протеза и прогноз лечения во многом зависит от состояния пародонта и способа подготовки оставшихся зубов.

В процессе планирования ортопедического лечения, направленного на замещение дефектов зубных рядов, важна оценка результатов взаимодействия протеза с тканями протезного ложа. Применение перекрывающих съемных протезов, передающих жевательное давление как на слизистую оболочку протезного ложа, так и на пародонт опорных зубов, не исключает в случае его неправильного распределения возможности их травматической перегрузки [4]. Чтобы избежать этого, очень важно выбрать рациональный способ подготовки корней и конструкцию перекрывающего протеза.

Цель данного исследования – провести клиническую оценку перекрывающих протезов с различными вариантами соотношения их базиса и корней зубов, разработать критерии выбора способов подготовки последних.

нижней челюстей (табл. 1) с различной степенью подвижности и атрофии костных стенок альвеол. При этом необходимым условием являлось отсутствие патологических изменений в тканях корня и пародонта, не поддающихся терапевтическому лечению.

Клиническое обследование пациентов проводили по общепринятой схеме. Из дополнительных методов применяли изучение контрольно-диагностических моделей, жевательную и речевую пробы. Для оценки состояния опорных корней и степени атрофии альвеолярных отростков применяли ортопантомографию и прицельную рентгенографию, альвеолометрию.

Таблица 1.

Способы подготовки корней и виды аттачменов, используемых для фиксации и стабилизации перекрывающих протезов

Способ подготовки корня и вид аттачмена	Кол-во корней	Группы зубов															
		1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	7	7	8	8		
		1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	7	7	8	8		
Ключевые впадины	17			1		12		3		1							
Балочные системы	26			4		14		5		3							
Short-coping	Шифтовая литая вкладка	17	4	2	7	2	2										
	Стеклоиономерный цемент	30	4	8	6	5	2	3	2								
Long-coping	Колпачок	24	4	6	9	2	3										
	Телескопические коронки	15			10	3	2										
Всего		129	12	21	58	20	13	3							2		

Для изучения гемодинамики в тканях пародонта опорных зубов проводилась реопародонтография с использованием многофункционального компьютерного комплекса "ДИАСТОМ-01". В нашей работе реопародонтография была проведена у 34 пациентов, в общей сложности у 67 кор-

ней с различной степенью атрофии альвеолярных отростков. Реопародонтограммы оценивали визуально и на основании цифровых данных амплитудно-временных показателей пульсовых кривых до лечения, через 3 месяца и 1 год после протезирования.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ реопародонтограмм, полученных нами в различные сроки после протезирования свидетельствовал об улучшении кровообращения в пародонте опорных зубов, что связано, по-видимому, с благоприятным перераспределением нагрузки. Клинически это подтверждалось уменьшением подвижности опорных корней, что связано кроме перераспределения нагрузки, с шинирующим эффектом. Условием для применения балочной системы фиксации является наличие не менее двух корней одной функционально ориентированной группы зубов.

Сравнительный анализ жевательных проб свидетельствовал, что у пациентов, пользующихся перекрывающими протезами с кнопочными аттачменами и балочной системой фиксации жевательная эффективность на 11,1% выше, чем у пациентов с подготовкой корней по типу "short-coping" и "long-coping". Оценка результатов речевых проб в процессе привыкания больных к протезам также показала более быстрое восстановление речи у пациентов, пользующихся перекрывающими протезами с кнопочными аттачменами и балочной системой. Вышесказанное можно объяснить их лучшей фиксацией и стабилизацией, возможностью уменьшения границ базиса.

Полученные нами данные позволяют сделать вывод, что кнопочные аттачмены и балочные системы оказывают на опорные корни большие нагрузки, по сравнению с подготовкой корней по типу "short-coping" и "long-coping" и, следовательно, их корни должны иметь более надежный пародонт.

На основании анализа полученных данных нами предложен алгоритм выбора конструкции перекрывающего протеза и способа подготовки корней, который представлен в виде схемы на рисунке 1.

Предлагаемый принципиальный алгоритм позволяет выбрать конструкцию перекрывающего протеза и способы подготовки корней в зависимости от их состояния и степени атрофии альвеолярного отростка.

При благоприятных анатомо-топографических условиях протезного ложа, то есть хорошо выраженных альвеолярных отростках, верхнечелюстных буграх, высокоом небном своде и возможности создания хорошего замыкающего клапана в полном съемном протезе, достаточно подготовка корней по типу "short-coping" или "long-coping" и нет необходимости усложнять и удорожать конструкцию протеза.

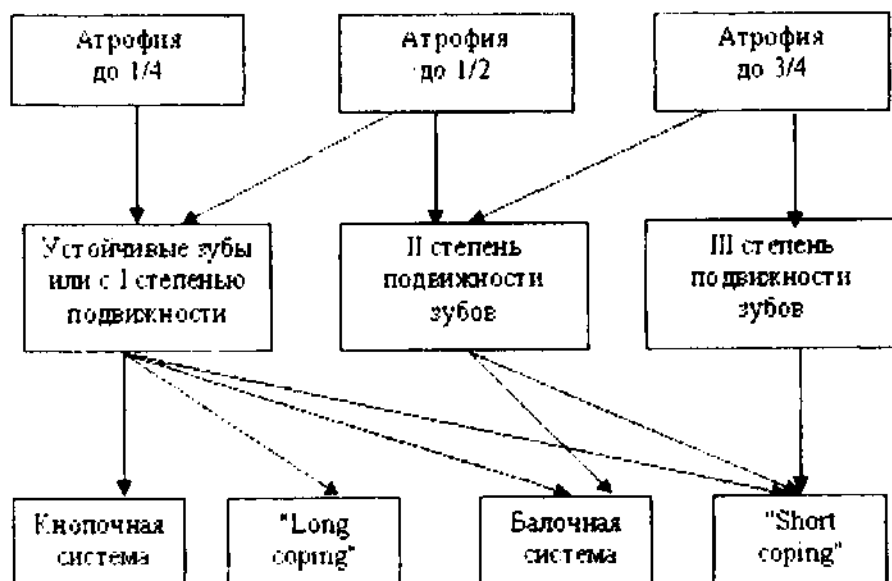


Рис. 1. Принципиальный алгоритм выбора конструкции перекрывающего съемного протеза и способа подготовки корней в зависимости от их состояния и степени атрофии альвеолярного отростка

Заключение

Исходя из вышесказанного, следует обратить внимание клиницистов на строгое соблюдение показаний к выбору того или иного способа фиксации перекрывающего протеза, игнорирование которых приведет к функциональной перегрузке оставшихся зубов, их подвижности и потере.

Исходя из вышесказанного, следует обратить внимание клиницистов на строгое соблюдение показаний к выбору того или иного способа фиксации перекрывающего протеза, игнорирование которых приведет к функциональной перегрузке оставшихся зубов, их подвижности и потере.

Литература

1. Чижов Ю.В., Киприн Д.В., Стынке М.Г. Фиксация съемных протезов с помощью балок и аттачменов "ОТКАП" // Актуальные проблемы стоматологии: Материалы Всероссийской научной конференции 14-15 октября 1998. Чита, 1998. С. 106-107.
2. Лебедеко И.Ю., Перегудов А.Б., Ханилина Т.Э. Замковые крепления зубных протезов. М.: Медицина, 2001. 227 с.
3. Савченко О. Использование внутрикорневых аттачменов в протезировании съемными протезами // Зубной техник. 1999. №2. С. 12.
4. Щерба П.В. Перекрывающие протезы: исторические аспекты и современные тенденции // Современная стоматология. 2003. № 1. С. 93-96.

УДК 616.314-089.28+615.843

ДИАГНОСТИКА ГАЛЬВАНОЗА В ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЁМНЫМИ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ

Л.А. Кириллова, С.К. Кириллов, С.П. Ратникова, А.П. Шершнёва

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Серьезным недостатком большинства металлических зубных протезов является их химическая нестабильность в жидкой

среде полости рта. Слюна, являясь электролитом, взаимодействует с металлами, в результате чего в полости рта происходят

сложные коррозионные электрохимические процессы.

Продукты коррозии являются одной из причин развития аллергического и токсико-химического стоматитов, гальваноза, обострения хронических заболеваний слизистой оболочки рта, заболеваний желудочно-кишечного тракта, провоцируют глоссалгии, неврозы, канцерофобии [2, 3].

Гальваноз – это заболевание, обусловленное действием гальванических токов, появляющихся вследствие возникновения электрохимических процессов в полости рта между металлическими протезами [1].

Пациенты с гальванозом предъявляют жалобы на: металлический привкус, чувство кислоты, горечи во рту, извращение вкуса, жжение языка и слизистой оболочки рта, гипо- или гиперсаливацию, общее недомогание, головную боль, раздражи-

Материал и методы

В клинику ортопедической стоматологии СГМА за консультативной и лечебной помощью обратилось 30 пациентов (9 мужчин и 21 женщина) в возрасте 45–80 лет, пользующиеся металлическими зубными протезами, с жалобами на жжение слизистой оболочки рта различного генеза.

Все пациенты были разделены на две группы.

Первую группу составили 23 пациента (6 мужчин и 17 женщин) с клиническими проявлениями гальваноза.

Во вторую группу были включены 7 пациентов (3 мужчины и 4 женщины) с парестезией слизистой оболочки рта различного генеза: на фоне обострения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, неврозов, неврастении.

Результаты исследования и их обсуждение

13 (56,5%) пациентов первой группы жаловались на жжение верхушки и боковых поверхностей языка, привкус металла. 10 (43,5%) пациентов предъявляли жалобы только на привкус металла, чувство «батарейки» во рту, извращение вкуса, сухость или реже гиперсаливацию. Эти субъективные ощущения были выражены по утрам, а к вечеру и после еды уменьшались.

У 43,5% пациентов 1 группы во рту находились протезы из нержавеющей стали с

тельностью. Эти субъективные ощущения более выражены по утрам и сохраняются в течение дня [4].

По данным литературы [1] подобный симптомокомплекс может наблюдаться на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, заболевания крови, патологии эндокринной системы, у женщин на фоне климактерических расстройств, у пациентов с функциональными расстройствами нервной системы, такими как, неврозы, неврастении, астено-невротические состояния.

Наличие в полости рта металлических протезов ставит перед врачом-стоматологом проблему дифференциальной диагностики гальваноза.

Цель нашего исследования состоит в выявлении некоторых особенностей течения парестезии слизистой оболочки рта при гальванозе.

Электрохимические потенциалы металлических зубных протезов измеряли с помощью аппарата БПМ-03, снабженного металлическим измерительным электродом ЭВС и хлорсеребряным электродом сравнения ЭВЛ-1МЗ. При измерении, металлический измерительный электрод располагали на металлическом протезе, а электрод сравнения – на участок слизистой оболочки переднего отдела дна полости рта по срединной линии.

Для получения информации о соматическом статусе пациентов пользовались заключениями врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, неврологов и других специалистов, содержащимися в амбулаторных картах.

нитрид титановым покрытием, у 13,0% – только из нержавеющей стали и 43,5% пациентов имели протезы из разнородных сплавов. Несъемные протезы в 80% случаев не отвечали клиническим требованиям.

Наибольшая разность потенциалов между металлическими протезами у пациентов с гальванозом составила $(105,5 \pm 16,0)$ мВ / $p < 0,05$ /.

Пациенты 2 группы предъявляли жалобы на болезненность, жжение, покалы-

вание, сухость различных участков полости рта. У 65% пациентов эти ощущения локализовались в области языка. У 35% пациентов парестезия языка сочеталась со жжением других участков полости рта: щек, губ, неба. Пациенты также жаловались на увеличение языка, затрудненность речи, чувство языка как инородного тела. Характерно, что во время еды у пациентов этой группы болезненные ощущения исчезают или уменьшаются. Парестезия у этих больных может усиливаться, уменьшаться или исчезать на неопределенное время.

При осмотре полости рта у 2 пациентов 2 группы отмечались изменения слизистой языка. На боковой поверхности языка определялись участки десквамации эпителия, складчатый язык с участками белесоватого налета на спинке языка.

У пациента 2 группы наибольшая разность потенциалов между металлически-

ми протезами составила ($37,0 \pm 15,0$ мВ, $p \leq 0,05$).

У 42,8% пациентов этой группы усиление парестезии было связано с обострением основных заболеваний: язвы желудка и 12-перстной кишки, хронического анацидного гастрита, хронического холецистопанкреатита.

Таким образом, из 30 пациентов, обратившихся за консультативной и лечебной помощью в областную стоматологическую поликлинику, парестезия электрогальванической природы выявлена у 13 (43,3%) пациентов. У 7 (23,3%) пациентов парестезия слизистой полости рта была обусловлена не электрогальваническими токами, возникающими между металлическими протезами, а наличием соматической патологии. 10 (33,4%) пациентов с гальванозом не отмечали жжения слизистой полости рта.

Заключение

Из вышеприведенных данных следует, что для дифференциальной диагностики гальваноза необходимо проводить измерение разности электрохимических потенциалов между металлическими зубными протезами. И если данная разность потенциалов

не превышает ± 60 мВ, то данных пациентов необходимо направлять на консультацию к врачам терапевтического профиля, так как у них велика вероятность возникновения парестезии не электрогальванической природы.

Литература

1. Гожая Л.Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика): Автореф. дисс. ...д-ра мед наук. М., 2001. 53 с.
2. Марков Б. П., Козин В. Н., Жириков Ю. А. и др. Комплексный подход к проблеме индивидуальной непереносимости стоматологических конструкций из различных материалов // Стоматология. 2003 №3. С. 47-51.
3. Казарина Л.Н., Сашкина Т.И., Воложин А.И. Роль механизмов резистентности полости рта в патогенезе глоссалгии // Российский стоматологический журнал. 2001. № 3. С. 32-34.
4. Трезубов В.Н., Медведев А.Ю. Диагностика и профилактика электрохимических нарушений в полости рта // Пародонтология. 1997. №2. С. 71.

УДК 616.314.11-089.28-611

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОЛНОСТЬЮ РАЗРУШЕННЫХ КОРОНОК ЗУБОВ

В.К. Ковальков, А.Н. Кузьменков

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Проблема замещения тотальных и субтотальных дефектов коронки зуба до настоящего времени остается актуальной. Это связано с большой распространенностью данной патологии. По данным А.Т. Бусыгина с соавт. (1992) отсутствие коронковой части зуба встречается у $20,2 \pm 3,9\%$ лиц старше 30 лет. Использование корней зубов в целях протезирования позволяет сохранить непрерывность зубного ряда, естественный способ восприятия жевательного через периодонто-мускулярный рефлекс, исключает необходимость препарирования зубов под опорные элементы мостовидного протеза.

Для восстановления анатомической формы зуба применяются штифтовые конст-

рукции, особенностью которых является наличие корневого штифта.

В последнее время для восстановления утраченной коронки зуба широко применяются так называемые «культевые штифтовые пломбы». При этом используются стандартные корневые штифты, которые могут быть винтовыми (активными) и пассивными. Наибольшее распространение получили винтовые (активные) штифты из-за их небольшой стоимости и относительной простоты установки. Однако кажущаяся простота их применения нередко приводит к ошибкам.

Целью исследования явился анализ результатов лечения и ошибок, возникающих при восстановлении полностью разрушенных коронок зубов.

Материал и методы

Нами проанализировано 103 дентальные рентгенограммы однокорневых зубов с установленными винтовыми корневыми штифтами. Штифты использовались для фиксации искусственной культи при полном разрушении коронок.

На рентгенограммах изучали следующие параметры: длину корня, общую длину штифта и его часть, фиксированную в корневом канале, а также, диаметр штифта и корня в пришеечной части. Поскольку на рентгенограммах истинные размеры искажаются, мы учитывали соотношение измеряемых величин.

По общепринятым требованиям соотношение фиксированной части штифта к длине корня должно быть не менее $2/3$; таким же должно быть соотношение фиксированной части штифта к его общей длине. Соотношение диаметра штифта к диаметру корня должно быть не менее $1/3$.

Результаты измерений показывают, что лишь небольшое количество штифтов установлено в соответствии с требованиями ($6,3 \pm 2,3\%$). Наиболее распространенными

являются следующие ошибки: использование тонкого штифта ($70,9 \pm 4,5\%$), недостаточное его введение в корневой канал ($94,1 \pm 2,3\%$), перфорация стенки корневого канала ($29,1 \pm 4,5\%$). Довольно часто формируется короткая искусственная культя, что ухудшает фиксацию покрывной коронки.

Альтернативным решением проблемы восстановления разрушенного зуба является применение литой культевой штифтовой вкладки с последующим покрытием ее искусственной коронкой. При этом вкладка готовится из металла индивидуально, что создает для нее перед «культевыми штифтовыми пломбами» ряд преимуществ. К ним относятся: точное повторение формы канала корневой частью вкладки, жесткость конструкции. Кроме того, пассивное введение штифта исключает продольный перелом корня даже при значительном расширении корневого канала.

Форма корневой части вкладки может быть различной. Наиболее популярна коническая форма, что обусловлено простотой ее установки. Однако коническая фор-

ма корневого штифта создает «расклинивающую» силу при функциональной нагрузке, что может привести к продольному перелому корня. Этому недостатка лишены корневые штифты цилиндрической формы.

На наш взгляд наиболее рациональна ступенчатая форма корневой части вкладки по А.М. Константинову (1984) (рис. 1).

Данная форма корневой части вкладки способствует более рациональному распределению функциональной нагрузки на корень, тем самым, предохраняя его от перелома.

Изготовление литой культевой штифтовой вкладки заключается в следующем. После подготовки корневого канала и выступающей над десной части корня прямым или косвенным методом изготавливается литая вкладка. При этом коронковая ее часть мо-

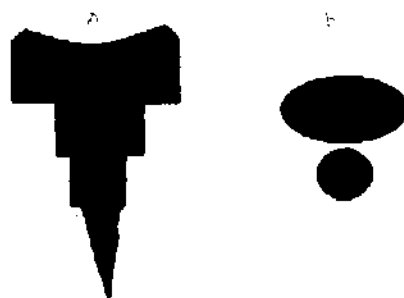


Рис. 1. Продольный (А) и поперечный (Б) разрез культевой штифтовой вкладки по А.М. Константинову (схема)

делируется в соответствии с выбранной конструкцией покрывной коронки. После фиксации вкладки снимается слепок и изготавливается искусственная коронка.

Результаты исследования и их обсуждение

По описанной выше методике проведено восстановление полностью разрушенных коронок 26 однокорневых зубов у 15 пациентов в возрасте 30–56 лет. Групповая принадлежность восстановленных зубов представлена в таблице 1.

После фиксации культевых штифтовых вкладок были изготовлены покрывные коронки, в том числе, пластмассовые – 4, металлопластмассовые – 5, литые цельнометаллические – 7, металлокерамические – 10.

Клинические наблюдения в течение 4 лет показали высокую эффективность приме-

Таблица 1.

	Резцы	Клыки	Премоляры	Всего
Верхняя челюсть	6	6	4	16
Нижняя челюсть		4	6	10
Итого	6	10	10	26

нения культевых штифтовых вкладок с покрытием их искусственными коронками для восстановления полностью разрушенных коронок зубов. Протезы удовлетворяли пациентов, как в функциональном, так и в эстетическом отношении.

Заключение

Таким образом, применение литой культевой штифтовой вкладки с последующим покрытием ее искусственной коронкой остается надежным способом восстановления разрушенной коронки зуба. При использовании для этих целей стандартных резь-

бовых штифтов следует более тщательно подходить к их подбору по диаметру и длине. При формировании ложа для штифта следует пользоваться специальными коронковыми сверлами и развертками.

Литература

1. Бусыгин А.Т. с соавт. Бор штифт для искусственного зуба / Изобретательство и рационализация в стоматологии: Республиканский сборник трудов. М., 1992. С. 132–134.
2. Константинов А.М. Современные конструкции штифтовых протезов, показания и методы изготовления: Методические рекомендации. Иркутск, 1984. 23 с.

УДК 616.314-089.29-635

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С МЕТАЛЛИЧЕСКИМ И ПЛАСТМАССОВЫМ БАЗИСАМИ

Г.Г. Смердова, Г.А. Морозова, В.Л. Бомштейн, В.М. Рябцев

МЛПУ «Стоматологическая поликлиника №3», г. Смоленск

Восстановление утраченной функции жевательного аппарата при дефектах зубных рядов является актуальной проблемой современной ортопедической стоматологии [3, 4, 10, 11].

Несмотря на большое количество работ, опубликованных по данной теме, некоторые её аспекты остаются дискуссионными. Остро стоит проблема повышения прочности и, как следствие, срока службы съемных пластиночных протезов [1, 8, 9]. Установлено, что оптимальная продолжительность службы протезов составляет 4–5 лет, реально этим требованиям соответствуют лишь 18–28% съемных пластиночных протезов, при этом в течение одного года пользования этими протезами поломки составляют 15% их общего числа [1, 3].

Есть и другие недостатки съемных протезов с пластмассовым базисом, в частности:

- непереносимость пациентами мономера акриловой пластмассы;
- раздражающее действие пластмассового базиса на ткани краевого пародонта;

Материал и методы

Основную группу составили 11, а группу сравнения – 14 пациентов. Дефекты зубного ряда верхней челюсти у всех больных были идентичными.

Состояние пародонта оценивали клинически с использованием индекса SPITN, также проводили ортопантомографию. Во всех случаях учитывали вид прикуса и характер смыкания зубов. Пациентам основной группы были изготовлены протезы с металлическим базисом, а пациентам группы сравнения – с пластмассовым. Все виды протезов относились к разряду опирающихся.

Результаты исследования и их обсуждение

Как следует из представленных нами данных, жевательная эффективность протезов

– технически сложно выполнимое шинирование подвижных зубов.

Существенными преимуществами по сравнению с такими протезами обладают съемные конструкции с металлическим базисом, которые характеризуются более высокой механической прочностью, теплопроводностью, лучшей стабилизацией. Кроме того, эти протезы меньше нарушают тактильное и термическое восприятие, к ним быстрее наступает адаптация пациентов. С точки зрения эстетики протезы с металлическим базисом также имеют неоспоримые преимущества.

Широкое использование таких протезов стало возможным благодаря уточнению показаний к их применению [2, 5, 7], внедрению параллелометрии [6], совершенствованию методов точного литья.

Целью нашей работы явилась сравнительная оценка жевательной эффективности и эстетических качеств протезов с пластмассовым и металлическим базисами.

Особое значение в работе придавалось точности слепков, особенно соблюдению необходимых границ протеза, что обеспечивало оптимальную форму базиса. Важным условием изготовления протезов мы считали грамотное конструирование крепления седловидной части, высокое качество литья. Изучаемое нами качество изготовленных протезов оценивали по жевательной пробе Рубинова И.С. через неделю, один и три месяца после протезирования (табл. 1).

зов с металлическим базисом достоверно выше во все сроки исследования (табл. 1).

Существенным представляется также то, что с течением времени она наиболее значительно возрастает в основной группе.

Таблица 1.

Жевательная эффективность частичных съёмных протезов ($M \pm m$) (%)

Сроки	Металлический базис	Пластмассовый базис
1 неделя	80±0,3	72±0,5
1 месяц	85±0,8	76±0,2
3 месяца	87±1,0	77±0,6

($p < 0,05$)

Количество посещений пациентов для коррекции протезов с металлическим базисом равнялось $0,38 \pm 0,01$; с пластмассовым – $2,5 \pm 0,2$ ($p < 0,05$), что также отражает качественное преимущество первых.

В соответствии с результатами проведенного нами анкетирования, в основной группе эстетические свойства протезов устраивали 96% пациентов (из них 57% женщины и 39% мужчин), а в группе сравнения – только 78% (40% женщины и 38% мужчин).

Заключение

Таким образом, частичные съёмные протезы с металлическим базисом имеют очевидные преимущества по сравнению с

пластмассовыми, как в смысле жевательной эффективности, так и по эстетическим параметрам.

Литература

1. Варес Э.Я., Павленко А.В. Литьевоe прессование зубо-челюстных протезов из пластмасс. Л.: Медицина, 1984. 127 с.
2. Гаврилов Е.И. Теория и клиника протезирования частичными съёмными протезами. Изд-е 2-е. М.: Медицина, 1973. 365 с.
3. Жадько С.И. Клиническая и лабораторная оценка съёмных пластиночных протезов, изготавливаемых прессованием и центробежным литьем: Автореф. дис. ... к. м. н. Калинин, 1986. 16 с.
4. Жадько С.И., Кушнир К.Г. Повышение качества съёмных пластиночных протезов путем применения рессорной конструкции базиса // Современная стоматология. 2/2002, 113–116 с.
5. Жулев Е.Н. Частичные съёмные протезы. Н. Новгород, 2000. 428 с.
6. Ирошниковa Е.С., Шевченко В.И. Параллелометрия в ортопедической стоматологии. М.: Медицина, 1989. 127 с.
7. Перзашкевич Л.М., Стрекалова И.М., Липшиц Д.Н., Иванов А.В. Опирающиеся зубные протезы. Л.: Медицина, 1974. 71 с.
8. Chen S.Y., Liang W.M., Yen P.S. Reinforcement of acrylic denture base resin by incorporation of various fibers // J. Biomed Mater. Res. 2001. Vol. 58. №2. P. 203–208.
9. Dixon D.L., Breeding L.C. The transverse strengths of three denture base resins reinforced with polyethylene fibers // J. Prosthet Dent. 1992. Vol. 67. №3. P. 417–419.
10. Polyzois G.L. Reinforcement of denture acrylic resin: the effect of metal inserts and denture resin type on fracture resistance // Eur J. Prosthodont Restor. Dent. 1995. Vol. 3. №6. P. 275–278.
11. Vallittu P.K., Vojtkova H., Lassila V.P. Impact strength of denture polymethyl methacrylate reinforced with continuous glass fibers or metal wire // Acta Odontol. Scand. 1995. Vol. 53. №6. P. 392–396.

УДК 616.314-089.28

ДИНАМИКА МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ В ТЕЧЕНИЕ АДАПТАЦИОННОГО ПЕРИОДА

*В.Р. Шашмурина, В.Н. Царёв**ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»**ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»*

Адаптация пациентов к зубным протезам зависит от многих факторов. Среди них значительную роль играют воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта, обусловленные колонизацией протезов теми или иными вирулентными видами микробов [5, 12]. Микробиоценоз протезного ложа зависит от исходной степени микробной колонизации, уровня гигиены, вида конструкции, применяемых конструкционных материалов, продолжительности периода между удалением зубов и протезированием, длительности пользования протезами, состояния защитной системы организма на всех уровнях ее организации, наличия сопутствующей патологии [1, 2, 8]. Все конструкции протезов, вызывая нарушение самоочищения поверхности слизистой оболочки, создают условия для избыточного размножения нормальной микрофлоры и появления в полости рта патогенных форм [4]. Важнейшими экологическими условиями для обитания микроорганизмов в полости рта являются пища, окислительно-восстановительный потенциал и адгезия [14]. Поэтому для профилактики дизадаптации мультифакторного генеза крайне важным представляется выбор конструкции и материала протеза, максимально снижающих

возможности микробной адгезии вирулентной микробной флоры, особенно пародонтопатогенных видов облигатно-анаэробной группы [10].

Определенный интерес представляет анализ динамики колонизации съемных протезов на начальных фазах адаптационного периода. Аналогичные исследования в отношении использования различных ортопедических материалов и конструкций были освещены ранее в единичных работах отечественных исследователей [4, 7, 8, 13].

В последние годы для повышения функциональных качеств полных съемных протезов, улучшения их стабилизации и равновесия применяются дентальные имплантаты. В силу специфики данного вида ортопедического лечения представляет интерес состояние колонизационной резистентности тканей протезного ложа, от которой зависят особенности курации пациентов. В литературе мы не нашли результатов мониторинга микробиоценоза протезной биопленки в течение адаптационного периода к полным съемным протезам, фиксируемым при помощи имплантатов.

Цель исследования: изучение микробиоценоза протезной биопленки в ближайшие сроки после наложения имплантат-перекрывающих полных съемных конструкций.

Материал и методы

Для проведения мониторинга микробиоценоза слизистой оболочки полости рта были отобраны 40 пациентов с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюсти, разделенных на две группы. Первая группа (основная) состояла из 20 пациентов, которым произведена установка 2–4 имплантатов титановых имплантатов в межментальной области нижней челюсти и наложение полного съемного перекрыва-

ющего протеза. Вторая группа состояла из 20 пациентов, которым имплантаты не устанавливались, проведено лечение при помощи полного съемного пластиночного протеза (группа сравнения). Все протезы изготовлены из пластмассы «Фторакс» СВЧ-полимеризации.

При формировании групп принимали во внимание отсутствие у обследуемых хронической патологии желудочно-кишечно-

го тракта, иммунной и эндокринной систем, аллергических заболеваний. Кроме того, изучение микрофлоры проводили у пациентов с адекватным течением адаптационного периода и соблюдением гигиены полости рта [3, 6].

Забор материала для микробиологического исследования осуществляли с помощью адгезивной пленки «Диплен-дента» стандартного размера ($0,5 \text{ см}^2$), которая накладывалась на поверхность протеза для сопоставимого забора флоры с целью количественного исследования флоры биопленки. Забор проводили до лечения, на 3, 7 и 14 сутки после наложения протезов. Пленку с микрофлорой переносили в транспортную среду Амиеса (1 мл) и растворяли в ней. Далее производили количественный секторальный высеv бактериальной взвеси из транспортной среды [11]. Исследования осуществляли в отношении двух групп микроорганизмов полости рта:

1 – резидентной, или стабилизирующей, группы, которая играет стабилизирующую роль в микробиоценозе полости рта (микроаэрофильные стрептококки *S. sanguis*, *S. mutans*, энтерококки, пептострептококки, вейллонеллы и бактероиды *Prev. oralis*);

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке колонизации микробной флорой перекрывающих полных съёмных протезов, фиксируемых при помощи 2–4 внутрикостных имплантатов установлено, что максимальный уровень колонизации стабилизирующими видами отмечен у *S. Sanguis*. Отмечено постепенное увеличение количества стрептококка за период от 3 до 14 суток с 10^4 до 10^6 CFU/см². В аналогичной пропорции увеличивалось количество пептострептококков. Менее выраженной была колонизация грамотрицательными видами. Однако основные из них определялись во все сроки, что важно для стабильности микробиоценоза биопленки. Так, за период 3–14 суток количество *P.oralis* увеличивалось с 10^2 до 10^5 CFU/см², а *Veillonella* – с 10^2 до 10^4 CFU/см² (рис. 1).

На 3-и сутки после протезирования представители пародонтопатогенных видов слабо колонизировали полные съёмные имплантат-перекрывающие протезы (рис. 2).

2 – вирулентной, или патогенной группы, которая обладает факторами вирулентности и может поддерживать развитие различных гнойно-воспалительных процессов в полости рта (актиномицеты *A. Naeslundii* и др., бактероиды *P. melaninogenica*, *P. gingivalis*, фузобактерии).

Качественное, или видовое, изучение микрофлоры проводили с использованием техники аэробного и анаэробного культивирования. Для этого осуществляли несколько видов посевов исследуемого материала: на 5% кровяной гемин-агар, на среду Эндо, на среду Сабуро.

После выделения изолированных колоний получали чистые культуры бактерий и грибов и осуществляли их идентификацию по комплексу морфологических, культуральных и биохимических признаков с использованием «ключа» для идентификации микроорганизмов полости рта [9]. На основании числа колоний, выросших в первичном посеве, определяли содержание каждого вида бактерий из расчёта на 1 см^2 адгезивной пленки (CFU/см²). Для удобства построения диаграмм на рисунках значения микробной обсемененности переводили в десятичные логарифмы ($\lg \text{ CFU/см}^2$).

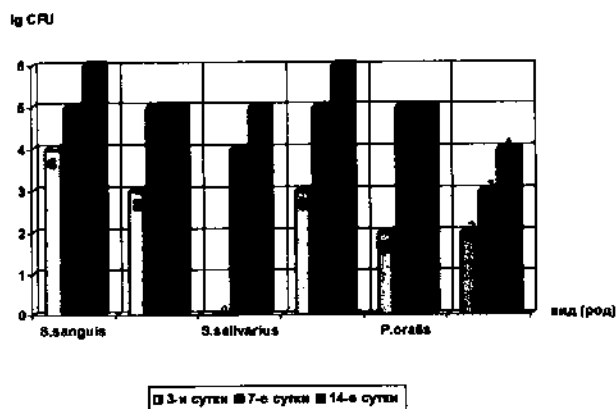


Рис. 1. Количество важнейших стабилизирующих видов бактерий полости рта у пациентов 1 группы после протезирования

Во всех наблюдениях отмечали постепенное увеличение количества бактерий к 7-м суткам. Причем оно было более выражено для грамм-положительных бактерий – представителей рода актиномицетов. Отмечено прогрессирующее нарастание ко-

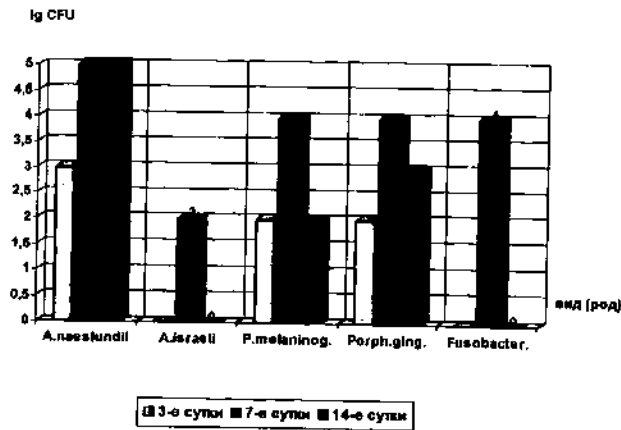


Рис. 2. Количество важнейших вирулентных видов бактерий полости рта у пациентов 1 группы после протезирования

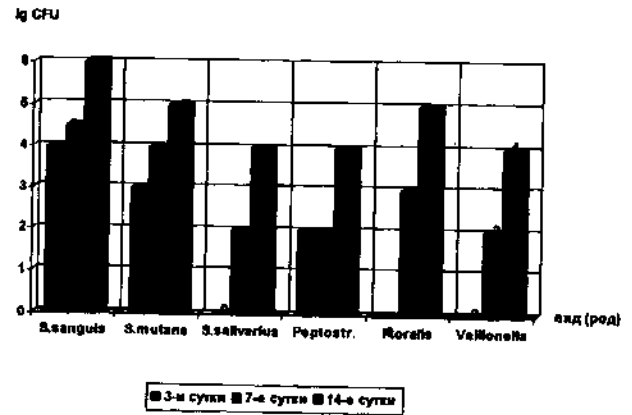


Рис. 3. Количество важнейших стабилизирующих видов бактерий полости рта у пациентов 2 группы после протезирования

лонизации протеза актиномицетами к 7-му дню до 10^5 CFU/cm² для *A. naeshlundii*. Причем этот показатель сохранялся до 14-го дня наблюдения. *A. israelii* обнаруживались у незначительной части пациентов только на 7-е сутки в количестве 10^2 CFU/cm², а затем они исчезали. Колонизация протезов наиболее вирулентными грамм-отрицательными видами бактероидов и фузобактерий также достигала максимума на 7-е сутки (не более 10^4 CFU/cm²), а затем несколько снижалась. Причем, *P. melaninogenica* и *P. gingivalis* выделялись в небольших количествах к 14-м суткам, в то время как *Fusobacterium* spp. на 14-е сутки после наложения протеза уже не выявлялись. Таким образом, после установки полных съемных перекрывающих протезов, фиксируемых при помощи 2-4 имплантатов, наблюдалась благоприятная для адаптации динамика микрофлоры, характеризующаяся достаточно быстрой стабилизацией микробиоценоза биопленки, происходящей к 14-у дню наблюдения.

Колонизация полных съемных протезов с пластмассовым базисом, изготовленных по традиционной методике (без предварительной установки имплантатов), стабилизирующими видами бактерий (рис. 3) на 3-и сутки достоверно не отличалась от данных до протезирования. Грамм-отрицательные анаэробные виды и *S. sanguis* не были выявлены. Только некоторые представители стрептококков (*S. Sanguis*, *S. mutans*, *Peptostreptococcus* spp.) имели достаточно высокий уровень колонизации

(10^2 – 10^4 CFU/cm²). В последующие сроки – на 7-е и 14-е сутки наблюдения – отмечали нарастание колонизации стабилизирующей флоры. Максимальный уровень отмечен для *S. Sanguis* (10^8 CFU/cm²), *S. mutans* и *Prev. oralis* (10^5 CFU/cm²).

Колонизация протезов пародонтопатогенными видами у пациентов 2 группы во все сроки наблюдения была слабо выражена (рис. 4). Максимальные показатели отмечены для актиномицетов – 10^2 CFU/cm² на 3-и сутки, 10^5 CFU/cm² – на 14-е. На уровне от 10^2 до 10^3 CFU/cm² выделялись грамм-отрицательные анаэробные виды патогенных бактерий. Отмечалась более высокая колонизационная способность *P. gingivalis*, которые выделялись во все сроки наблюдения. В то время как *P. melaninogenica* и *Fusobacterium* spp. выявлены однократно на 7-е сутки, а затем исчезали. Описанная картина характеризует достаточно быструю стабилизацию микробиоценоза биопленки в условиях беззубого рта при наличии съемного протеза, изготовленного по традиционной методике из пластмассы «Фторакс» СВЧ-полимеризации и фиксируемого за счет анатомической ретенции. Сравнительный анализ полученных данных показал, что наиболее устойчивыми к колонизации микроорганизмами были полные съемные протезы, удерживаемые на челюсти за счет анатомической ретенции (группа сравнения). Нормализация состояния микробиоценоза биопленки выявлялась в этой группе уже на 7-е сутки после протезирования.

Заключение

После наложения полных съемных протезов в течение последующих двух недель происходит формирование протезной биоплёнки, которая включает как стабилизирующие, так и вирулентные виды микроорганизмов. Ее микробиологический статус уже в ранние сроки после протезирования свидетельствует о положительном влиянии лечения съемными протезами из пластмассы «Фторакс» СВЧ-полимеризации и комбинированными перекрывающими съемными протезами (пластмасса «Фторакс» СВЧ-полимеризации и литой металлический каркас) на колонизационную резистентность полости рта. Протезная

биоплёнка имеет определённую динамику качественного и количественного состава входящей в неё микробной флоры в течение адаптационного периода (7–14 суток) и характеризуется восстановлением доли постоянной «стабилизирующей» флоры и снижением частоты выделения вирулентных видов.

Начальный период (до 3-х суток) после протезирования имплантат-перекрывающими и традиционными (без опоры на имплантаты) конструкциями характеризуется минимальными показателями колонизации как стабилизирующими, так и вирулентными видами бактерий, причём последние (за исключением *Actinomyces spp.*) в большинстве случаев не выявляются.

Седьмые сутки после наложения имплантат-перекрывающих протезов являются фактором риска с точки зрения возможного развития периимплантита или стоматита, так как характеризуются негативными изменениями характера микрофлоры биоплёнки, покрывающей лечебный аппарат (резкое возрастание доли облигатно-анаэробных видов, в том числе, патогенных). Это является основанием к разработке показаний к применению гигиенических, медикаментозных, физиотерапевтических методов усиления барьерно-защитной функции протезного ложа и уменьшения количества пристеночной флоры.

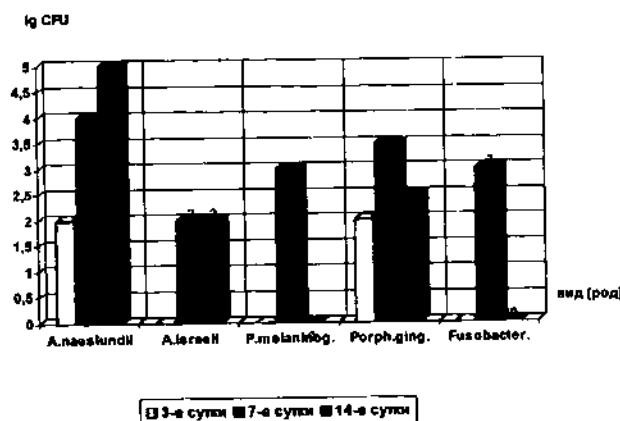


Рис. 4. Количество важнейших вирулентных видов бактерий полости рта у пациентов 2 группы после протезирования

Литература

1. Быков В.Л. Тканевые и клеточные защитные механизмы слизистой оболочки полости рта // Морфология. 1996. № 6. С. 14–24.
2. Воложин А.И., Денисов А.Б., Лебеденко И.Ю., Дубова Л.В., Диева С.В., Киткина Т.Б., Михайлов А.Н. Адаптационные реакции зубочелюстной системы пациентов при протезировании (биохимические и иммунологические аспекты) // Российский стоматологический журнал. 2004. № 1. С. 4–9.
3. Иванов С.Ю., Бизяев А.Ф., Ломакин М.В. с соавт. Стоматологическая имплантология. Стоматология XXI века. М., 2000. 63 с.
4. Ирсалиев Х.И., Рахманов Х.Ш., Хализаров Д.А., Бойбеков И.М. Функциональная морфология барьерно-защитных комплексов полости рта. Ташкент, 2001. 335 с.
5. Микробная флора полости рта и ее роль в развитии патологических процессов: Учебное пособие / Под ред. Кузнецова Е.А. М.: ММСИ, 1996. 73 с.
6. Мусин М.Н. Вопросы гигиены с точки зрения современной имплантологии. Клинические и зуботехнические аспекты // Клиническая имплантология и стоматология. 1997. №2. С. 25–33.
7. Савкина Н.И. Микробиологическое обоснование выбора базисных материалов для сложного протезирования: Автореф. ... к. м. н. М., 2004. 28 с.
8. Телебоков Ю.Г. Сравнительная характеристика адаптационных процессов у пациентов к съемным пластиночным зубным протезам из разных акриловых пластмасс: Автореф. дисс. ... к. м. н. М., 2001. 27 с.

9. Ушаков Р.В., Царёв В.Н. Этиология и этиотропная терапия неспецифических инфекций в стоматологии. Иркутск, 1997. 109 с.
 10. Царев В.Н. с соавт. Лекции по клинической микробиологии для стоматологических факультетов. Иркутск, 1996. 79 с.
 11. Царёв В.Н. с соавт. Антимикробная терапия в стоматологии. М.: МИА, 2003. 143 с.
 12. Царев В.Н., Абакаров С.И., Умарова С.Э. Динамика колонизации микробной флорой полости рта различных материалов, используемых для зубного протезирования // Стоматология. 2000. Т.79. №1. С. 55-57.
 13. Янес Т.Х. Влияние полных съёмных зубных протезов на микрофлору слизистой оболочки полости рта: Дисс. ... к. м. н. Л., 1983. 38 с.
 14. Naylor G.D., Johnson J.F., Terezhalmay G.T., Hall E.H. Hand, foot and mouth disease // J. oral. Med. 1987. V.42. №4. P. 208-220.
-

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

УДК 616.716.8-053.2:616.428-002

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ОСТРЫМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ ЛИЦА И ШЕИ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЛХ СОКБ

И.В. Анохина, Л.В. Макаренкова

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Лимфаденит – распространенное заболевание лица и шеи у детей. Данной патологии посвящены многие исследования [1, 2, 3], однако у врачей нередко возникают трудности в диагностике и лечении этого заболевания. В стационар с ошибочным диагнозом поступает 34% детей, без уточнения стадии воспалительного процесса – 20,2% [4]. Все эти дети длительно находились на амбулаторном лечении и необоснованно получали антибиотики, анальгетики, антигистаминные

препараты, но эффекта от проведенной терапии не наблюдалось. Неадекватное проводимое лечение приводило к изменению клинической картины заболевания, затрудняющее дифференциальную диагностику данной патологии, трудностям с установлением первичного очага инфекции.

Целью исследования явилось изучение первичного очага инфекции, локализации, распространенности лимфаденита у детей в разных возрастных группах.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 276 историй болезни детей находя-

щихся на лечении с 2001 г. по 2006 г. в СОКБ ЧЛХ.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучив анамнестические данные, было выявлено, что до госпитализации более половины детей с гнойными формами лимфаденита лечились в детских участковых, стоматологических поликлиниках, или занимались самолечением, принимали неадекватную антибактериальную терапию, приводящую к абсцедированию лимфатического узла. Неэффективность консервативной терапии, видимо, была связана с устойчивостью микрофлоры к антибиотикам, снижением иммунной функции организма ребенка.

Анализ историй болезни показал, что 65,5% детей поступили в стационар в осенне-зимний период. Лимфадениту у детей, находящихся на стационарном лечении в челюстно-лицевом отделении, чаще предшествовал тонзиллит 31%, одонтогенная инфекция 21%, отит 6%, ОРВИ 26%, что

требовало привлечения консультаций смежных специалистов.

Нами было выявлено, что регионарные лимфадениты нередко возникали в связи с повреждением кожи 14%, слизистой оболочки полости рта 2%, где на месте травмы создавались входные ворота для инфекции.

По стадиям заболевания чаще госпитализировались дети с диагнозом острый серозный – 22,5%, абсцедирующий лимфаденит – 53,3%, аденофлегмона – 16,3%, хронический – 6,5%, специфический – 1,4%.

Чаще воспаление лимфатического узла наблюдалось в дошкольном возрасте – 53,3%, что очевидно связано с тем, что в данный возрастной период, клетки лимфоидного ряда не выполняют функцию фагоцитоза. Капсула узла довольно плотная, содержит отдельные ретикулярные клетки, и при внедрении инфекционного аген-

та они могут служить механическим барьером для задержания возбудителя, что приводит к возникновению острой воспалительной реакции. В школьном возрасте госпитализировано 28,2%, так как в данный возрастной период развитие лимфоузлов приближается к завершению, образуется ретикулярная строма, трабекулы, перегородки, более узкими становятся синусы, т.е. лимфатический узел сформирован. Появляется возможность местного иммунного подавления [2].

И всего лишь 18,5% госпитализировано детей в пубертатном возрасте, что дает возможность предположить, что строение и функция лимфоузлов соответствует таковым у взрослых, появляется возможность подавления патогенной микрофлоры без видимых изменений, или наблюдается кратковременное увеличение лимфатического узла.

Чаще всего поражаются поднижнечелюстные лимфоузлы 41,3%, т.к. они являются основными узлами первого этапа на пути лимфооттока из челюстно-лицевой области. На втором месте – подбородочные узлы – 20,7%, а далее шейные – 14,1%, зачелюстные – 10,1%, околоушно-жевательные – 7,6%, щечные – 2,9%. Воспалительный процесс двух и более узлов наблюдался в 3,3%.

При оценке состояния лимфоидного аппарата использовали: осмотр, пальпацию, диагностическую пункцию, биопсию с последующим морфологическим исследованием, всем госпитализированным проводилось лабораторное исследование крови, цитологическое исследование, где была выражена реакция воспаления. Лечение детей с острым неспецифическим лимфаденитом в

нашей клинике проводили комплексно и дифференцировано, в зависимости от клинической картины и данных лабораторной диагностики, с обязательной санацией первичного очага инфекции, явившегося причиной развития лимфаденита. При остром серозном лимфадените лечение проводили консервативно, санировали полость рта, применяли локальное УФО на лор-органы, орошали миндалины йодиолом, раствором Люголя на глицерине, использовали физиотерапевтические процедуры на область лимфатического узла, причем регрессия воспалительного процесса была более выраженной при использовании МЛТ, по сравнению с УВЧ. При явлениях интоксикации назначали антибактериальную терапию, десенсибилизирующую, общеукрепляющую и др. Из антибактериальных препаратов мы отдавали предпочтение макропену, амоксиклаву, оксациллину, дозу рассчитывали, учитывая возраст пациента. При абсцедировании лимфатического узла проводили неотложное хирургическое вмешательство, которое заключалось вскрытии абсцесса, разрез проводили параллельно нижней челюсти с обязательным рассечением фасции, образовавшуюся полость обрабатывали растворами антисептиков (3% перекисью водорода, 1% раствором диоксидина, 0,06% раствором хлоргексидина), рана дренировалась, динамически наблюдалась. Ежедневно проводились перевязки с мазью левомиколь, а при очищении раны накладывали вторичные швы. Средняя продолжительность госпитализации ребенка с острым неспецифическим лимфаденитом составила $\approx 7,2$ дня.

Выводы

1. Лимфаденит у детей является вторичным заболеванием, чаще поражаются поднижнечелюстные лимфоузлы в дошкольном возрасте.

2. При лечении острого неспецифического лимфаденита, необходимо привлечение врачей смежных специальностей.

3. Успех лечения зависит от своевременного установления и устранения источника одонтогенной инфекции.

4. Острые одонтогенные лимфадениты чаще связаны с патологическими измене-

ниями в области временных моляров нижней челюсти.

5. С целью профилактики воспалительного процесса в лимфатическом узле целесообразно в плановом порядке проводить мероприятия направленные на санацию полости рта и лор-органов.

6. Не следует назначать необоснованно антибактериальную терапию без учета стадии воспалительного процесса и чувствительности микрофлоры.

Литература

1. Смердова Г.Г. Неспецифический лимфаденит лица и шеи у детей: Дисс. ... к. м. н. Калинин, 1984. 200 с.
2. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей. М., 1998. 255 с.
3. Шаргородский А.Т. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области. М., 2002.
4. Пасевич И.А. Инфракрасное низкоинтенсивное лазерное излучение в диагностике и комплексном лечении острого неспецифического лимфаденита лица и шеи у детей: Дисс. ... к. м. н. Смоленск, 1996. 161 с.

УДК 616.314-089.23-007.272

МОДЕЛИРОВАНИЕ КОНСТРУКТИВНОГО ПРИКУСА КАК МЕТОДИКА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОБЪЕМА И РЕЗУЛЬТАТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

С.А. Василевский, Н.В. Гинали, Е.П. Евневич

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Под действием различных факторов (истирание эмали, ее разрушение, удаление зубов и т.д.) окклюзионные контакты зубов изменяются в течение жизни человека, поэтому окклюзия не является постоянной. В процессе ортодонтического лечения она нестабильна из-за изменений пространственного расположения челюстных костей и зубов. Моделирование конструктивного прикуса позволяет составлять план лечения, схему аппаратуры и своевременно проводить пришлифовывание зубов [1, 2, 5].

Достаточно часто не удается достичь множественных двусторонних ОК, поэтому лю-

бое перемещение зубов должно сопровождаться избирательным сошлифовыванием [3, 4]. Для этого обязательным является использование артикулятора, что дает возможность выявить преждевременные окклюзионные контакты при различных движениях нижней челюсти. В настоящее время отсутствуют адекватные способы моделирования тех изменений, которые произойдут в результате лечения [4].

Целью исследования была разработка методики прогнозирования окклюзии, получаемой в результате ортодонтического лечения.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов с патологией прикуса в возрасте 15–20 лет.

После получения слепков зубных рядов отливали контрольно-диагностические модели из супергипса, в это же посещение определяли межокклюзионное соотношение при помощи передних и боковых жестких блоков (1 этап). Далее устанавливали лицевую дугу по анатомическим ориентирам на лице пациента (2 этап). Затем регистрировали отпечатки зубов верхней челюсти при помощи окклюзионного силикона и прикусной вилки. Потом прикусную вилку и лицевую дугу соединяли между собой

переходником. Собранный конструкцией располагали в артикулятор. Далее модель зубного ряда верхней челюсти устанавливали соответственно отпечаткам на прикусной вилке, полученным окклюзионным силиконом, затем гипсовали ее двухфазным методом (сначала монтажный гипс накладывали на манжетную пластину, затем на модель – 3 этап). После кристаллизации монтажного гипса модель нижнего зубного ряда устанавливали по жестким переднему и боковым блокам и загипсовывали (4 этап). Загипсованные модели снимали с манжетными пластинами и проводили дублирование силиконовой массой (5 этап),

зубы нумеровали, наносили карандашом их оси и обозначали линию горизонтального распила, так называемую базальную дугу. Подготовленные таким образом модели распиливали циркулярной пилой (6 этап), в результате чего получали цоколь и альвеолярную часть с зубами. Зубы отделяли друг от друга сепарационным диском, корневой части придавали коническую форму, тем самым, получая штампики. Их ставили в слепок и фиксировали воском в цоколе, заливали оставшиеся промежутки между зубами и цоколем. После этого модели с залитым воском выдерживали в муфельной печи в течение 10 минут при 50°C градусов, затем сопоставляли с учетом центрального соотношения и моделировали окклюзию, учитывая шесть ключей по Эндрюсу.

Моделирование окклюзии начинали с перемещения и установления моляров верхней и нижней челюстей в положение, соответствующее первому ключу окклюзии по Эндрюсу. Организация прикуса в области моляров позволяет выявить преждевременные контакты в направлении перемещения, учитывать индивидуальные

особенности окклюзии и пространственного типа смыкания.

Ангуляция коронок зубов определяет параллельность корней. Коррекция ангуляции позволяет добиться стабильности окклюзии. На следующем этапе необходимо оценить инклинацию коронок, так как правильный торк обеспечивает величину режцового перекрытия и позицию моляров. Перемещение штампиков передних зубов в сагиттальном направлении, а боковых – в трансверзальном позволяет нормализовать ширину и форму зубных дуг. Устранение ротации зубов, т.е. коррекция окклюзии с учетом четвертого ключа по Эндрюсу, позволяет добиться удлинения, либо укорочения зубного ряда. При постановке зубных штампиков допустимым является их минимальная ротация.

В полученной таким образом окклюзии не должно быть трем и диастем, что в дальнейшем позволяет избежать рецидива исходной патологии. Перемещение штампиков для достижения формы окклюзионной кривой, соответствует шестому ключу по Эндрюсу, для возможности прогнозирования вертикальных патологий прикуса в полученной модели окклюзии.

Результаты исследования и их обсуждение

Модели, полученные описанным образом, демонстрировали пациенту и он или его родители, получали возможность видеть предполагаемый результат. Полученное информированное согласие фиксировали в истории болезни. В процессе перемещения каждого зуба (этап 6) отмечали расстояние перемещения и его направление. Данная информация способ-

ствовала динамическому контролю в период ортодонтического лечения, позволяя предвидеть возможные блоки, преждевременные ОК и необходимость пришлифовывания зубов. Своевременное пришлифовывание чаще носило предупредительный, профилактический характер, уменьшая, таким образом, объем данной манипуляции в последующем.

Выводы

контактов при фиксации и позиционировании брекетов.

Таким образом, смоделированная окклюзия, в индивидуально настроенном артикуляторе на этапе планирования, дает возможность оценки направления и величины перемещения зубов у пациента в полости рта, что снижает объем и сроки ортодонтического лечения.

Предложенная методика позволяет:

1. Моделировать окклюзию, получаемую в результате ортодонтического лечения.
2. Прогнозировать появление преждевременных контактов при различных перемещениях зубов.
3. Проводить избирательное пришлифовывание зубов на этапах ортодонтического лечения.
4. Учитывать направление перемещения зубов и появление окклюзионных супер-

Литература

1. Баданин В.В. Использование артикулятора системы Протар в ортопедической стоматологии / В.В. Баданин, V.Kiefer // Новое в стоматологии. 2000. №2. С. 55–63.
2. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии / В.А. Хватова. Н. Новгород, 1996. 275 с.
3. Хватова В.А. Клиническая гнатология. М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. 296 с.: ил.
4. Хайман Смуkler. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов. 2006.
5. Ramfjord S.R. Occlusion. - 3rd ed. / S.R. Ramfjord, M.M. Ash. Philadelphia: WB Saunders Co, 1983. P. 155–157.

УДК. 616.314. – 002 - 084.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Н.В. Гинали, Е.П. Евневич, Т.В.Тюриня

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Прогресс и эффективность современной несъемной ортодонтической техники очевидны, но частота побочного, негативного воздействия на твердые ткани зубов остается все еще высокой. Брекет – система создает множество ретенционных пунктов, в которых аккумулируются назубные отложения. По данным Т.Ю.Соболевой (1997), кроме высокого индекса КПУ и неблагоприятного состояния тканей пародонта, из 92% осмотренных после ортодонтического лечения почти у 32,7% обнаружены вновь

появившиеся, различные поражения твердых тканей зубов. Из них у 42,1% обследованных выявлена очаговая деминерализация эмали, у 26,3% – вертикальная форма стираемости и у 31,6% – эрозии и некрозы твердых тканей зубов (рис. 1).

Согласно данным Е.Б. Колобовой (2001), у 50% пациентов в процессе ортодонтического лечения, особенно с помощью несъемной техники, развивалась деминерализация эмали. По мнению автора, из-за высокой распространенности и интенсивности кариеса зубов, низкой санитарной культуры, отсутствия мотивации населения к профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта – проблема лечения и профилактики поражений твердых тканей зубов и пародонта в процессе ортодонтического лечения остается актуальной.

Цель исследования – разработка комплекса лечебно-профилактических мероприятий, обеспечивающего кариесрезистентность эмали при ортодонтическом лечении.

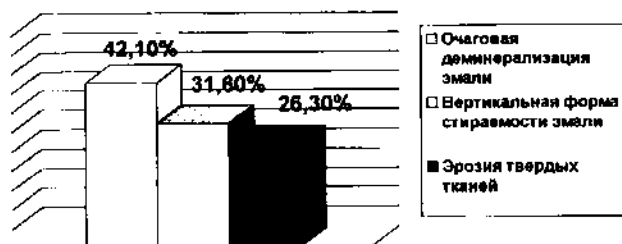


Рис. 1. Структура негативного воздействия ортодонтического лечения на твердые ткани зубов (Соболева Т.Ю., 1997)

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 112 пациентов в возрасте 11–15 лет, пользующихся различными ортодонтическими аппаратами. Объем и результат анализа информации, собранной врачом на этом этапе определяет последовательность профилак-

тических мероприятий. У всех пациентов оценка стоматологического статуса, кроме традиционных методов обследования, включала определение уровня гигиены рта, кариесрезистентности эмали или начальной ее деминерализации.

Особое внимание уделяли диагностике качества эмали, для выявления начальной деминерализации, которая редко определяется визуально. С этой целью мы использовали прибор «Диагност» фирмы «КаВо», позволяющий провести экспресс-диагностику состояния эмали. Лазерный диод аппарата создает импульсные световые волны длиной 0,64 нм, которые сканируют поверхность зуба на глубину 2 мм. Когда в эмали или дентине есть даже незначительные изменения, то исследуемая зона начинает флюоресцировать световой волной другой длины. Длина отраженных волн анализируется прибором, отражается на дисплее в виде цифровых показателей и сопровождается звуковым сигналом. Цифровые данные в пределах 5–25 единиц указывают на деминерализацию эмали, значения выше этих показателей свидетельствуют об инвазии кариеса в дентин. Анализ полученных результатов позволяет планировать индивидуальный объем и последовательность лечебно-профилактических мероприятий, а также оценивать их эффективность. Использование аппарата «Диагност» по сравнению с визуальным обследованием эмали с помощью стоматологического зонда позволило в 1,8 раза увеличить точность обнаружения кариозного процесса. Это связано с тем, что прибор дает возможность выявлять зоны деминерализации эмали в труднодоступных для диагностики местах – в области фиссур, на апроксимальных поверхностях.

Ортодонтическое лечение пациентов начинали только после выработки устойчивых гигиенических навыков по уходу за полостью рта. Обучение гигиене рта проводили на стандартных моделях зубных рядов, а у лиц, пользующихся несъемными аппаратами – на фантомах с укрепленными брекетами на зубах. Это позволило еще до на-

ложения съемных и несъемных конструкций привить пациенту навыки ухода за ортодонтическими аппаратами. Из основных предметов гигиены мы рекомендовали использовать набор из трех зубных щеток: Advantage, Orthodontic и специальную щетку со сменными головками в виде ершиков. Применение этого комплекта позволяло тщательно удалить на зубный налет и остатки пищи в труднодоступных для чистки местах: вокруг опорной площадки брекетов, в пришеечных областях и межзубных пространствах.

В период созревания твердых тканей зубов и повышения их уровня резистентности использовали реминерализующие препараты, например «Бифлюорид 12» фирмы «Voco». Его активными компонентами являются микрокристаллы фтористого кальция и натрия, глубоко проникающие в очаг деминерализации. Они обладают повышенной растворимостью и выделяют ионы фтора в течение длительного времени, способствуя надежной реминерализации. Трехлетний опыт аппликаций данного препарата показал его высокую эффективность, что позволяло быстро и полноценно проводить минерализацию эмали «незрелых» зубов перед ортодонтическим лечением.

У лиц, резистентных к кариесу, в период прорезывания постоянных зубов достаточно использовать этот препарат двукратно с интервалом 2 недели 2 раза в год, в постоянном прикусе – первый раз за 1–2 недели до установки аппаратуры, а второй сразу же после фиксации.

У кариесвосприимчивых пациентов двукратная обработка с интервалом 2 недели 4 раза в год обеспечивает надежную минерализацию «незрелых» зубов, а в период постоянного прикуса – до установки аппаратуры 3 раза с интервалом 2 недели.

Выводы

Таким образом, для профилактики кариеса зубов при ортодонтическом лечении необходимо:

1. Информировать пациента о результатах диагностики исходных данных, влиянии их на прогрессирование активности кариеса, особенно в сочетании с

ортодонтическим лечением; об обязательном проведении профилактических мероприятий.

2. Каждое посещение контролировать уровень гигиены рта.

3. Проводить контролируемую и профессиональную чистку зубов.

4. Для протравливания эмали зубов применять ортофосфорную кислоту только в виде геля, так как его идеальная вязкость и цветовой контраст четко ограничивают участок протравливания.

5. После наложения брекет-системы тщательно удалять излишки клеевой системы, уменьшая, таким образом, количество ретенционных пунктов для скопления микроорганизмов и пищевых остатков.

6. Запечатывать область вокруг опорной площадки брекета герметиком в день наложения аппаратуры.

7. Независимо от исходной формы кариеса и уровня гигиены рта у пациента контролировать состояние эмали каждые три месяца после наложения аппаратуры.

8. Проводить реминерализацию твердых тканей зубов в зависимости от активности кариозного процесса.

Рекомендованные мероприятия позволяют индивидуализировать объем и последовательность лечебно – профилактических мероприятий, что приводит к снижению риска возникновения деминерализации эмали у пациентов, пользующихся современной несъемной ортодонтической аппаратурой.

Литература

1. Колобова Е.Б. Оценка влияния ортодонтической аппаратуры на состояние органов полости рта. Меры профилактики: Автореф. дисс. ... к. м. н. Пермь, 2001. 22 с.
2. Соболева Т.Ю. Особенности развития и профилактики некариозных поражений зубов в процессе ортодонтического лечения // Новое в стоматологии. 1997. № 10(60). С. 120–123.

УДК 616.716.8–006.03–053.2

ЗУБОСОДЕРЖАЩИЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

С.М. Калужская, Л.В. Макаренкова

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Одонтогенные околокорневые кисты челюстей развиваются в очаге хронического воспаления в периапикальных тканях. В настоящее время можно считать доказанным их воспалительное происхождение. Локализацией корневых кист у детей в большинстве случаев являются очаги хронического воспаления в области временных, разрушенных кариесом моляров, многократно подвергавшихся безуспешному лечению или нелеченных.

По литературным данным, у детей одонтогенные кисты обычно обнаруживаются в возрасте от 7 до 12 лет, причем у мальчиков чаще, чем у девочек [1, 2, 3]. У 90% больных такие кисты локализуются в области временных моляров или первого постоянного. На нижней челюсти они развиваются в 3–4 раза чаще, чем на верхней, что находится в прямой зависимости от частоты поражения кариозным процессом нижних временных моляров.

При зубосодержащих кистах коронка формирующегося постоянного зуба погружена в полость этой кисты, а корень с зоной роста расположен за пределами оболочки.

Целью нашего исследования явилось изучение исходов оперативного лечения зубосодержащих кист челюстей у детей и подростков. В задачи исследования входило:

1. На основании анализа амбулаторных карт пациентов, которым было проведено оперативное лечение, выявить возможные причины образования и развития зубосодержащих кист.

2. Изучить динамику развития и прорезывания постоянных зубов, оттесненных оболочкой кисты или расположенных в полости кисты.

3. Определить показания к ортодонтическому лечению детей в зависимости от выявленных нарушений.

Материал и методы

Под нашим наблюдением были дети в возрасте от 4 до 18 лет, находящиеся на лечении в детской стоматологической поликлинике по поводу зубосодержащих кист челюстей. Нами проанализированы 45 амбулаторных карт детей, которым в раз-

ные сроки, в период за 2004–2005 годы была проведена операция цистотомия.

Все дети были взяты на диспансерный учет и осмотрены в сроки 3, 6 и 9 месяцев после операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее часто зубосодержащие кисты встречались у детей от 7 до 12 лет (78%), реже в возрасте 4–6 лет (14,4%), еще реже в период полового созревания (от 13 до 18 лет) – 7,6%. Мальчики составляли большинство больных (64,6%). На нижней челюсти зубосодержащие кисты локализовались в 10 раз чаще, чем на верхней.

В 98% наблюдений причиной возникновения служили IV, V зубы, что соответствует частоте поражаемости зубов кариесом. У всех детей в амбулаторной карте значилось, что «причинные зубы» лечили ранее по поводу хронического пульпита методом витальной ампутации с последующей мумификацией корневой пульпы резорцин-формалиновым методом в разные сроки до обнаружения кист. У большей части детей лечение зубов проводили в период формирования корней от 3 до 5 лет (72%). В этот период пульпа зубов морфологически и функционально незрелая, что свидетельствует о снижении её реактивности и возможности передачи тканям периодонта малейшего раздражения. У части детей лечение зубов было проведено под общим обезболиванием, и, вероятно, с нарушением методики лечения, т.е. односеансно.

По наличию деформации нижней челюсти зубосодержащие кисты были обнаружены у 18 детей, при развитии клиники острого одонтогенного воспаления – у 13, с не связанными с выше обозначенными причинами – у 14 детей.

Всем детям с зубосодержащими кистами была проведена операция цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба.

У 27 детей, которых нам удалось наблюдать в отдаленные сроки после операции, в период от 3 до 6 месяцев дефект костной ткани был выполнен новообразованной костью.

У половины наблюдаемых пациентов постоянные зубы, оттесненные кистой или проникшие в полость кисты, продолжали развиваться, прорезывались и занимали правильное положение в зубном ряду. У некоторых оперированных детей постоянные зубы прорезывались с поворотом по оси, в отдельных случаях наблюдалось отсутствие прорезывания постоянного зуба, зачаток смещался, занимал горизонтальное положение, становясь ретинированным.

У 14 пациентов в последующие 3–9 месяцев наблюдения были выявлены следующие нарушения прорезывания:

- 1) поворот зуба по оси (тортоаномалия) – у 6 больных;
- 2) дистопия зуба – у 2 детей;
- 3) местная гипоплазия эмали – у 2 детей;
- 4) отсутствие электровозбудимости зуба – у 2 больных;
- 5) гибель зачатка зуба – у 1 больного;
- 6) ретенция зуба – у 1 пациента;
- 7) нормальное прорезывание – у 13 детей.

У всех детей с выявленными нарушениями прорезывания зубов в анамнезе диагностированы кисты больших размеров со смещением фолликула постоянного зуба ко дну полости или к задней её стенке.

Исправление положения смещенных зубов иногда происходит под давлением саморегуляции прикуса, но чаще такие дети нуждаются в ортодонтическом лечении.

Выводы

1. Для профилактики развития корневых кист у детей целесообразно точно соблюдать методику лечения зубов по пово-

ду пульпита и периодонтита; при малоэффективном лечении хронического периодонтита временные моляры должны быть

удалены, а детям изготовлены замещающие протезы.

2. Наиболее реальным способом ранней диагностики зубосодержащих кист челюстей является создание групп повышенного риска детей, которым проведено эндодонтическое лечение временных моляров с обязательным клинико-рентгенологическим контролем – 1 раз в год. Это позволит своевременно определить показания к удале-

нию леченных временных моляров, либо обнаружить одонтогенную кисту в период ее «начального» роста.

3. Дети, имеющие большие размеры кистозных полостей, с расположением зачатка зуба у дна полости или смещении его к задней стенке, должны находиться на диспансерном наблюдении до прорезывания постоянного зуба, а при необходимости направляться на лечение к врачу-ортодонт.

Литература

1. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Витебск: Белмедкнига, 1998.
2. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. М.: Медицина, 1989.
3. Годорожа П.Д., Годорожа И.М. Опухоли головы и шеи у детей. Кишинев, 1981.

УДК 616.314-002-084-053.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ

О.Ю. Кузьминская, Г.Л. Степаненко, И.С. Казакова

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
МЛПУ «Детская стоматологическая поликлиника»*

Первичная профилактика является приоритетным направлением в стоматологии детского возраста. Распространенность кариеса в зубах постоянного прикуса у 12-летних детей колеблется в от 60% до 98%, а интенсивность его представлена почти всеми уровнями по классификации ВОЗ – от низкого до очень высокого [2].

Наибольший прирост интенсивности кариеса постоянных моляров приходится на 1,5-2 года после прорезывания, когда минерализация зубов еще не закончена. Кариозные полости при этом локализируются в 80,8% на жевательных поверхностях, что объясняется особенностями анатомического строения, а так же недостаточной омываемостью фиссур слюной [1].

В настоящее время одним из широко применяемых методов первичной профилактики является герметизация фиссур. Этот метод подразумевает запечатывание фиссур и анатомических углублений жевательной поверхности зубов с помощью

герметиков (силантов). Назначение герметиков заключается в создании физического барьера, предотвращающего попадание в ретенционные участки эмали микроорганизмов ротовой полости и конечных продуктов их жизнедеятельности – органических кислот, способных вызывать деминерализацию эмали.

Перед герметизацией необходимо тщательное исследование состояния фиссур. Зондирование следует проводить очень осторожно, не применяя вертикальное давление, т.к. при зондировании, особенно глубоких фиссур, можно травмировать незрелые слои эмали. Зонд должен скользить по фиссуре без резких движений. Для обследования можно использовать кариес-детектор (кариес-маркер). Наиболее объективную картину состояния фиссур дает исследование при помощи аппарата «Диагнодент» (KAVO).

В зависимости от результатов оценки определяется метод герметизации фиссур: неинвазивный или инвазивный.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты применения герметика Fissurit FX (VOCO) для неинвазивной герметизации фиссур постоянных зубов. Под наблюдением находились 70 детей 7–12 лет, которые регулярно, не реже 1 раза в 6 месяцев проходили профосмотр в кабинете профилактики

МЛПУ «Детская стоматологическая поликлиника» г. Смоленска. После профессиональной очистки и диагностики состояния твердых тканей проведена герметизация фиссур 729 зубов. Из них первых постоянных моляров 410, вторых постоянных моляров 44, премоляров 275.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении профилактических осмотров через 6, 12 и 18 месяцев во всех зубах отмечено наличие герметика и отсутствие кариеса. Поскольку герметик со временем может истираться или откалываться, при необходимости про-

водилась его коррекция. Через 24 месяца в 3 зубах отмечено появление кариозных полостей, однако, новые полости локализовались не на окклюзионной поверхности: 2 – на контактной, 1 – на щечной.

Заключение

Таким образом, через 24 месяца эффективность герметизации фиссур с целью профилактики кариеса жевательных поверхностей постоянных зубов у детей составила 100%. Необходимыми условиями, обеспечивающими высокую эффектив-

ность этого метода профилактики кариеса, являются правильная диагностика состояния твердых тканей, а также регулярные профилактические осмотры детей, включающие при необходимости коррекцию герметика.

Литература

1. Кузьмина И.Н. Герметизация фиссур как метод профилактики кариеса жевательной поверхности моляров // Стоматология для всех. 1998. № 2. С. 21–22.
2. Кузьмина Э.М. Распространенность стоматологических заболеваний среди населения различных регионов России // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. 1998. № 1. С. 68–69.

УДК 616.314-002-084-053.5

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ ВИДОВ ГЕРМЕТИКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ Г. СМОЛЕНСКА

Л.В. Рутковская

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Несмотря на проводимые профилактические и лечебные мероприятия заболеваемость детей кариесом зубов имеет тенденцию к росту [1, 5, 6]. В среднем распространенность кариеса постоянных зубов у 6-летних детей составляет 52,5%, а интенсивность по индексу КПУ равняется 0,7 (в основном за счет поражения первых постоянных моляров). В последующем, к моменту прорезывания всех постоянных зубов (12 лет) распростра-

ненность кариеса достигает 80%, а интенсивность возрастает до 2,8–6,6 [7, 8, 9].

У детей 8–10 лет по поражаемости кариесом лидируют первые постоянные моляры. В 75% случаев поражаются фиссуры этих зубов, в 14% кариес встречается на контактных поверхностях, а в 11% на других участках [2, 3, 4].

По нашему мнению в решении проблемы профилактики фиссурного кариеса большую

52,9±3,7%, через 3 года всего 31,2±3,6% наблюдений. Эффективность герметизации фиссур во 2-ой группе была достоверно ниже, чем в 1-ой ($p < 0,05$).

Исходные значения интенсивности кариеса постоянных зубов (КПУ) в 1-ой и во 2-ой группе не отличались и составляли 0,51±0,18 и 0,62±0,15. Через 6 месяцев прирост кариеса фиссур во 2-ой группе был 0,3, а в 1-ой – 0,01, через 12 месяцев прирост ка-

риеса составил во 2-ой группе 0,8, а в 1-ой – 0,03, через 2 года эти показатели были 1,3 и 0,2, через 3 года 1,8 и 0,6 соответственно. Следует отметить, что в 1-ой группе кариес не был обнаружен в фиссурах через год, в то время как во 2-ой группе таких зубов было 3. Через два года кариес появился в 1 фиссуре в 1-ой группе и 5 фиссурах во 2-ой. Через 3 года эти показатели ровнялись 3 и 12 соответственно.

Таблица 3.

Динамика прироста кариеса фиссур в группах

Группа	Сроки наблюдения					
	6 мес.	12 мес.	18 мес.	24 мес.	30 мес.	36 мес.
1 (n=76)	0,01	0,03	0,07	0,2	0,3	0,6
2 (n=68)	0,3	0,8	1,2	1,3	1,5	1,8
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Заключение

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что герметизация фиссур СИЦ «Кетак-Моляр» позволяет эффективно предотвратить кариес участков «восприимчивых» к ретенции назубного налета и, следовательно, к развитию патологического процесса. Кроме механического закрытия фиссур, «Кетак-Моляр» обеспечивает и химическое воздействие на твердые ткани зуба, выделяя фтор, кальций и др. микроэлементы, обладающие кариесста-

тическим эффектом, а также участвуя в процессах созревания твердых тканей зуба, обеспечивая их биологическое созревание. Чего не обеспечивает в полной мере герметик «ФисСил».

Полученные нами данные позволяют рекомендовать более широко использовать СИЦ в практической деятельности врача-стоматолога детского для герметизации фиссур в зубах с незавершенной минерализацией твердых тканей.

Литература

1. Алимский А.В., Павлов Н.В., Шустова О.А. Показатели поражаемости кариесом зубов и состояние стоматологической помощи школьникам г. Нижневартовска // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2002. №3(8). С. 92–94.
2. Кисельникова Л.П. Фиссурный кариес (диагностика, клиника, прогнозирование, профилактика, лечение): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Екатеринбург, 1996. 42 с.
3. Кисельникова Л.П. Методика профилактического пломбирования зубов // Клиническая стоматология. 2000. №12. С. 44–45.
4. Кисельникова Л.П. Герметики и показания к их применению // Институт стоматологии. 2000. С. 54–56.
5. Кузьмина И.Н. Герметизация фиссур как метод профилактики кариеса жевательной поверхности моляров // Стоматология для всех. 1998. №2(3). С. 21–22.
6. Кузьмина И.Н. Использование СИЦ для пломбирования временных зубов после щадящего препарирования // Медицинский бизнес. 2001. №8(86). С. 4–5.
7. Кузьмина Э.М. Распространенность и интенсивность кариеса у населения России // Клиническая стоматология. 1998. №1. С. 36–38.
8. Кузьмина Э.М. Распространенность и интенсивность кариеса у населения России // Тер. стоматология: Учебное пособие / Под ред. Проф. Л.А. Дмитриевой. М.: МЕДпресс-информ, 2003. С. 436–439.
9. Морозова Н.В. Состояние и перспективы развития стоматологической помощи детям в условиях перехода к рыночным отношениям: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2001. 62 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.314:355/359

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РФ И ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (2001–2004 гг.)

А.Я. Аветисян

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Совершенствование стоматологической помощи обеспечиваемым контингентам, в первую очередь военнослужащим, проходящим военную службу по призыву и на контрактной основе, невозможно без учета тенденций их стоматологического здоровья.

Проведенное исследование базируется на анализе статистических отчетов и объяснительных записок к ним главного стоматолога МО РФ за период наблюдения (4 года) [1, 2, 3].

Уровень стоматологической заболеваемости (на 1000 чел. личного состава) у военнослужащих в целом имеет устойчивую тенденцию к снижению. В 2001 году он составил у военнослужащих по призыву 149,2%, у военнослужащих по контракту – 122,5% (в 2002 г. – 147,3% и 121,8%, в 2003 г. – 140,7% и 81,9%, в 2004 г. – 122,0% и 97,4% соответственно). За исследуемый период снижение заболеваемости у военнослужащих по призыву составило 18,2%, по контракту – 20,5%.

Динамика уровня госпитализации стоматологических больных различна. Так, у военнослужащих по призыву она имела тенденцию к снижению до 2003 г. (2001 г. – 9,3%, 2002 г. – 9,0%, 2003 г. – 7,5%, снижение на 19,4%), а к концу 2004 г. увеличилась в 2,2 раза (16,8%) по сравнению с 2003 г. Общий рост показателя за период наблюдения составил 80,6%. У военнослужащих по контракту наблюдалась обратная тенденция. Увеличение до 2003 г. (2001 г. – 2,9%, 2002 г. – 3,0%, 2003 г. – 4,4%, общий рост – 51,7%) и снижение к концу 2004 г. (3,7%, снижение по сравнению с 2003 г. –

15,9%); общий рост показателя за период наблюдения составил 27,6%.

Изучение трудопотерь от стоматологических болезней позволило выявить следующие тенденции: снижение показателя до 2003 г. у военнослужащих по призыву (2001 г. – 151,4%, 2002 г. – 146,2%, 2003 г. – 139,3%, снижение на 8,0%) и резкий подъем (в 2,2 раза по сравнению с 2003 г.) в 2004 году (301,9%); общий показатель за период наблюдения увеличился в 2 раза. У военнослужащих по контракту отмечена устойчивая тенденция к снижению уровня трудопотерь – на 29,5% за исследуемый период (2001 г. – 119,8%, 2002 г. – 117,6%, 2003 г. – 102,6%, 2004 г. – 84,5%).

Изучены основные показатели оказания стоматологической помощи военнослужащим за период с 2002 по 2004 г.г. в войсковом звене медицинской службы и в военно-лечебных учреждениях.

За период наблюдения стоматологами войскового звена в среднем осматривалось в год $561 \pm 18,2$ тыс. чел., при этом выявлялось от 60,4% (2002, 2004) до 67,9% (2003) военнослужащих с заболеваниями полости рта. Из числа осмотренных нуждалось в санации от 43,1% (2002) до 50,1% (2003) военнослужащих (средний показатель $46,0 \pm 2,3$), в том числе военнослужащих по призыву – от 22,4% (2002) до 27,0 (2003), военнослужащих по контракту – 18,8% (2004) – 23,1% (2003). Из общего числа осмотренных нуждалось в протезировании от 3,9% (2002) до 5,2% (2004). Всего санировано от 33,5% (2002) до 38,9% (2003) военнослужащих, в том числе по призыву –

от 16,6% (2002) до 20,9% (2004), по контракту – от 14,9% (2004) до 18,2% (2003). Протезирование проведено 1,6% (2002) – 2,6% (2003) военнослужащих, в том числе по призыву – 0,5% (2002) – 0,8% (2003), по контракту – 1,1% (2002) – 1,8% (2003) от числа всех осмотренных. В целом наблюдается положительная динамика таких показателей, как выявление нуждающихся в санации (+4,7%, в основном за счет военнослужащих по призыву), количества санированных (+7,6%), отпротезированных (+13,2%). За исследованный период отмечается и рост амбулаторных стоматологических вмешательств в войсковом звене (+30,2%). Достаточно высокий уровень оказания стоматологической помощи подтверждается таким информативным показателем, как соотношение числа пролеченных зубов к числу удаленных (соответственно по годам: 6:1; 8,7:1; 6,7:1).

В стационарных военно-лечебных учреждениях в среднем за год осматривалось 891,2±88,9 военнослужащего. Доля нуждающихся в санации оставалась довольно стабильной (66,6% – 69,7%), а количество санированных за период наблюдения значительно возросло (+28,6%). Можно отметить и рост (на 18,3%) военнослужащих, нуждающихся в протезировании. При этом показатель количества протезированных военнослужащих показал тенденцию к снижению (–26,5%). Одновременно следует заметить, что значительно (на 33,0%) выросла амбулаторная хирургическая активность. Такой важный показатель, как соотношение вылеченных зубов к удаленным, также демонстрирует положительную ди-

намику – 5,4:1 в 2002 г., и 7,2:1 в 2003 г. и 7,1:1 в 2004 г.

Военнослужащие (по призыву и по контракту) составляют основной контингент лечившихся в стационаре (66,0% – 72,0%). В структуре лечившихся преобладают больные с одонтогенными и неодонтогенными воспалительными заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области (до 70,0%). Среди выполняемых оперативных вмешательств ведущее место занимают вскрытие флегмон и абсцессов, шинирование при переломах челюстей, хирургическая обработка ран. Вместе с тем необоснованно редко применяются хирургические методы лечения заболеваний пародонта, на костный остеосинтез при переломах костей лицевого скелета, резекция верхушки корня, гемисекция, денгальная имплантация.

Проведенный анализ свидетельствует о снижении стоматологической заболеваемости военнослужащих в целом по Вооруженным силам, росте показателей госпитализации и трудопотерь у военнослужащих по призыву, росте показателей госпитализации и снижению трудопотерь у военнослужащих контрактной службы, положительной динамике выявляемости нуждающихся в санации, удельного веса санированных, а также амбулаторной стоматологической хирургической активности. Выявленные тенденции, безусловно, необходимо учитывать для разработки мероприятий по совершенствованию медицинской (стоматологической) помощи прикрепленным контингентам как в масштабе Вооруженных сил, так и военного округа, отдельного стоматологического учреждения.

Литература

1. Отчет о работе главного стоматолога Министерства обороны РФ с отчетными документами по медицинской службе за 2002 год / Главное военно-медицинское управление МО РФ. М., 2003. 15 с.
2. Отчет о работе главного стоматолога Министерства обороны РФ с отчетными документами по медицинской службе за 2003 год / Главное военно-медицинское управление МО РФ. М., 2004. 14 с.
3. Отчет о работе главного стоматолога Министерства обороны РФ с отчетными документами по медицинской службе за 2004 год / Главное военно-медицинское управление МО РФ. М., 2005. 18 с.

УДК 616.31:613

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*А.Я. Аветисян**ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»*

Удовлетворение потребности населения в высококачественной стоматологической помощи в настоящее время рассматривается в качестве одной из приоритетных задач практического здравоохранения. В связи с этим особую актуальность приобретает изучение проблемы оценки ее качества. Необходимо подчеркнуть, что важность этой научной задачи особенно возрастает в условиях медицинского страхования, коммерциализации деятельности стоматологических учреждений.

Целью настоящей работы является обобщение и анализ имеющегося опыта разработки методических подходов к оценке качества стоматологической помощи населению и его контролю.

Анализ научной литературы показал, что единые подходы к оценке качества медицинской помощи в настоящее время отсутствуют. В большинстве случаев о качестве медицинской помощи судят по показателям в отчетной медицинской документации, результатам проверок вышестоящими органами здравоохранения, страховыми компаниями, количеству и характеру жалоб пациентов. В единичных случаях проводятся специальные исследования с привлечением экспертов [1, 2, 3, 4, 5, 6, 9].

Проблема заключается в том, что зачастую смешиваются понятия «качество медицинской помощи» и «эффективность медицинской помощи». По-видимому, следует согласиться с мнением ряда исследователей [8, 9], что качество нужно рассматривать как один из факторов, влияющих на эффективность, наряду с такими, как степень развития патологического процесса, длительность заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, исходное состояние пациентов, обеспеченность ресурсами и их состояние, наличие соответствующих организационных методик и др. А эффек-

тивность медицинской помощи отражает степень достижения конкретных конечных результатов при определенных временных, трудовых и материальных затратах [9, 10, 11].

Вполне очевидно, что категория стоматологических учреждений, их материально-техническая оснащенность, уровень профессиональной подготовки медицинского персонала различаются. В соответствии с этим отличаются задачи и конечные результаты деятельности стоматологических учреждений или их подразделений, но качество их работы должно быть одинаково высоким. Только при таком подходе имеется возможность сравнения качества и эффективности работы различных учреждений, подразделений и медицинских работников, независимо от условий, в которых они функционируют. При этом качество медицинской помощи отражает степень соответствия проводимых лечебно-диагностических мероприятий технологиям, обеспечивающим максимальную результативность диагностики или лечения. Поэтому необходимо определить в каждом конкретном случае оптимальную технологию, или «стандарт медицинской услуги», определить ее алгоритм. При оценке качества медицинской помощи следует учитывать, очевидно, не столько выбор той или иной технологии, сколько точное ее соблюдение [9, 12, 13, 14, 18]. Последнее имеет большое значение не только для оценки качества, но и для организации работы стоматологических учреждений, совершенствования подготовки медицинского персонала, определения средней стоимости лечения и др. [9, 15, 16, 17].

Другая проблема состоит в том, что качество оказываемой стоматологической помощи представляет собой совокупность характеристик, поэтому корректнее гово-

речь об оценке и изменении отдельных показателей качества. Обилие показателей, используемых в здравоохранении, выдвигают на первый план необходимость иметь минимальное количество обобщенных критериев оценки эффективности стоматологической помощи, которые бы отвечали всем аспектам деятельности учреждения — от приема больного до окончания его лечения. Применение таких критериев позволит сравнивать полученные результаты и их динамику по однородным совокупностям (одноименные нозологии, профильность отделений (кабинетов) или однотипность стоматологических учреждений территориальных образований). Вместе с тем единый подход к решению этой проблемы до настоящего времени не выработан [19-20].

В системе оценки качества стоматологической помощи необходимо охватывать все разделы медицинского цикла и учитывать все факторы, влияющие на те или иные параметры. Другими словами, система оценки должна учитывать качество работы на всех этапах оказания стоматологической помощи, а также весь цикл обследования или уточнения диагноза, адекватность лечения и реабилитации. При этом оценке должно подлежать качество работы каждого исполнителя в отдельности и всех коллективов — от структурного подразделения учреждения (стоматологическая поликлиника, стоматологические отделения стационара) до стоматологической службы региона (района, области), включая каждое учреждение, расположенное на данной административной территории. Вполне очевидно, что каждому уровню службы должен соответствовать и определенный комплекс показателей, а также соблюдаться преемственность показателей смежных уровней. Так, основные показатели работы отдельных врачей должны в сумме характеризовать работу отделения. Только в этом случае можно оценить вклад каждого работника в суммарную оценку качества работы коллектива отделения и учреждения в целом. Однако показатели качества работы вышестоящего звена не могут быть простой суммой показателей нижестоящего уровня. Оправдан-

ным является разработка показателей, характерных только для отдельных уровней, однако основные показатели должны быть унифицированными, а степень унификации показателей качества работы должна соответствовать отдельным этапам стоматологической помощи [4, 12, 13, 21].

В ряде научных исследований [6, 9] высказывается мнение, что в качестве основных источников данных, характеризующих отдельные показатели качества, могут использоваться официальные учетные документы, например, амбулаторные карты стоматологических пациентов, компьютерная обработка которых с применением автоматизированной медицинской информационной системы, позволяет получить десятки показателей качества работы врачей и оказанных медицинских услуг по всему массиву сведений. Данный подход не исключает традиционный метод экспертных оценок. Преимуществом статистических характеристик, формируемых с помощью ЭВМ, является то, что учитываются все без исключения материалы, в то время как охват материалов при экспертизе всегда выборочный. Кроме того, ЭВМ позволяет проводить многофакторную характеристику, что из-за трудоемкости и ограниченности материалов при экспертной оценке обычно невозможно, уменьшить наличие определенной субъективности экспертных оценок, а также проводить целевую экспертную оценку. К примеру, ЭВМ формирует списки амбулаторных стоматологических карт, отклоняющихся от стандартных показателей или имеющих определенные признаки. При экспертизе таких документов чаще выявляются и легче классифицируются ошибки врача и недостатки его подготовки. По таким выборкам легче разрабатывать мероприятия по устранению и недопущению недостатков, повысить объективность планирования мероприятий по повышению качества медицинской помощи [9].

В связи с этим первостепенное значение в управлении стоматологической службой занимает проблема стандартов и «системы оценок» [9, 22, 23].

В соответствии с приказом Минздрава РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 октября

1996 г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» «система оценок» определяется с учетом требований ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи и включает следующие основные положения [9]:

1. В ведомственном контроле: оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения; экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам; изучение удовлетворенности пациентов и их взаимодействия с системой здравоохранения; расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи; выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи.

2. Во вневедомственном контроле: анализ результатов оказания медицинской помощи населению; изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью; проверка договорных обязательств; оценка возможностей учреждения здравоохранения гарантировать требуемый уровень качества медицинской помощи.

Таким образом, качество стоматологических услуг, оказываемых населению, зависит от согласованности действий на всех уровнях руководства, организации службы, обоснованной взаимосвязи про-

фессиональных стандартов, разработанных с учетом разных форм собственности, и системы оценок.

Поскольку, согласно рекомендации ВОЗ, среди критериев качества медицинской помощи одним из основных является удовлетворенность пациента полученными медицинскими услугами, существует необходимость использования постоянных социологических опросов потребителей медицинских услуг. Традиционным является подход, при котором опрашиваются пациенты, лечившиеся в том или ином медицинском учреждении, с целью выявления недостатков и проблем в их деятельности [3, 9, 12, 13]. Наряду с этим, социологическое исследование (анкетирование) пациентов стоматологических учреждений с различной формой организации представляет ценный материал и для маркетинговых исследований [9].

При планировании и реализации мероприятий, направленных на повышение качества медицинских услуг, важное значение приобретает мнение медицинских работников как лиц, непосредственно реализующих эти услуги. Социологическое исследование (анкетирование) сестринского персонала, стоматологов и руководителей стоматологических учреждений позволяет не только выявить исходный уровень самооценки качества медицинской помощи в учреждении, но и разработать в соответствии с полученными результатами комплекс мероприятий по контролю качества работы и повышению ее эффективности [1, 4, 9].

Литература

1. Белин Н.Б., Гусева Л.В., Апаньина Л.Г. Оценка качества медицинской помощи: мнение медицинских работников // Здравоохранение. 1999. № 8. С. 15–17.
2. Борисов А.И., Борисова А.А. О контроле качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 1999. № 3. С. 34–37.
3. Вишняков Н.И., Стожаров В.В., Муратова Е.Ю. Три звена системы контроля качества медицинской помощи // Экономическое здравоохранение. 1997. № 2. С. 26–28.
4. Галанова Г.И. К вопросу о качестве оказания медицинской помощи населению: Материалы опроса руководителей здравоохранения // Экономическое здравоохранение. 1999. №5/6. С. 40–41.
5. Карташов В.Т., Галин Л.Л. Квалифицированные, инициативные кадры, устойчивое финансирование – главные условия эффективной и доступной медицинской помощи // Военно-медицинский журнал. 2004. №10. С. 13–18.
6. Пухов С.Е. Научное обоснование системы контроля качества медицинской помощи в стоматологической медицинской организации: Дисс. ... к. м. н. СПб., 2004. 158 с.

7. Гарина М.Г. Концептуальные подходы к оценке качества медицинской деятельности // Журнал дерматол. и венерол. 1998. № 2. С. 8–10.
8. Чавпецов В.Ф., Карачевцева М.А., Левый Д.О., Михайлов С.М. Экспертиза качества медицинской помощи в совокупности случаев // Здоровоохранение. 2003. №7. С. 167–177.
9. Чернов П.В. Оптимизация работы стоматологической поликлиники на основе информационных технологий: Дисс. ... к. м. н. Рязань, 2004. 182 с.
10. Тогунов И.А. От оценки к планированию качества медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 1999. №1. С. 28–30.
11. Царик Г.Н. Предварительные итоги оценки эффективности общих врачебных практик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 1998. №3. С. 45–55.
12. Евдокимов Д.В. Алгоритм оценки качества медицинской помощи // Здоровоохранение Российской Федерации. 1993. №8. С. 6–8.
13. Евдокимов Д.В. Теоретические и организационно-экономические основы управления качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования: Автореф. дисс. ... к. м. н. СПб, 1997. 22 с.
14. Захаров И.А., Захарова Е.А., Волков М.В. Основные направления обеспечения качества медицинской помощи в стационарных амбулаторно-поликлинических учреждениях // Бюллетень ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения РАМН. 1996. Вып.3. С. 43–50.
15. Гуенкова И.В. Организация платных медицинских услуг в ортодонтии // Здоровоохранение. 2002. №2. С. 29–32.
16. Зимин В.П. Мониторинг качества медицинской помощи: связь с управлением, экономикой стационара и страховой медицинской организацией // Здоровоохранение. 1999. №9. С. 145–148.
17. Камаев И.А., Иксанов М.С., Молодцов С.А. и др. Контроль качества медицинской помощи в условиях центральной районной больницы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 1997. №3. С. 20–21.
18. Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Ковалев О.В. и др. К проблеме оценки качества медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 1996. №3. С. 29–31.
19. Столбов А.П. Стандартизация информационных технологий в здравоохранении и ОМС: основы методологии // Информационные технологии в здравоохранении. 2002. №3–4. С. 30–31.
20. Ступаков И.Н., Самородская И.В. Управление изменениями в медицинских учреждениях: современный подход // Здоровоохранение. 2002. №3. С. 25–31.
21. Борисов А.И., Борисова А.А. О контроле качества медицинской помощи // Здоровоохранение Российской Федерации. 1999. № 3. С. 34–37.
22. Леонтьев В.К. О вероятных изменениях структуры сети государственных и частных клиник // Стоматология. 1999. № 3. С. 54–57.
23. Шестаков В.Т. Ответственность пациента за сохранение своего здоровья и за качество оказания стоматологической помощи // Стоматология для всех. 1998. №2. С. 50–55.

УДК 616.31:614.2

УЧЁТ РАБОТ И УСЛУГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСНОВНЫМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СИСТЕМЕ ОМС

Г.А. Басова, М.А. Лукашова

ОГУЗ «Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника»

С целью совершенствования учёта работ и услуг, оказываемых населению Смоленской области в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, был введён «Перечень основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, исполь-

зуемых на территории Смоленской области» (приказ № 321/118 от 14.11.2005 Департамента Смоленской области по здравоохранению и ФОМСа), в соответствии с которым разработан классификатор работ и услуг с кодами, соответствующими производимым манипуляциям:

Таблица 1.

Территориальный классификатор медицинских услуг Медицинские услуги для взрослых Стоматологические процедуры

Код	Наименование	УЕТ врача	УЕТ м/с
009001	Осмотр (без проведения лечебно-диагностических мероприятий)	0.50	0.50
009002	Консультация специалиста (осмотр, сбор анамнеза, оформление докум. подклоч. доп. лечебных и диагностических процедур, консультативное заключение)	1.50	1.50
009003	Обс. стомат. статуса перв. 6-го (оси, сбор анализа, зап. зуб. форм. опред инд. КПУ, кп, ИГ, ПМА, сост. прикуса, степ. акт. кар в каб. проф.)	3.00	3.00
009004	Оформление эпикриза в карте диспансерного больного (при взятии на диспансер, учет)	1.00	1.00
009005	Оформление выписки из медицинской карты стоматологического больного для диспансерной группы	1.00	1.00
009006	Помощь при неотложных стоматологических состояниях (включая осмотр) для застрахованных по ОМС	1.00	1.00
009007	Витальное окрашивание кариозного пятна	0.50	0.50
009008	Одонтометрия 1 зуба	0.50	0.50
009009	Анестезия внутриворотная (инфильтрационная, проводниковая, внутрипульпарная, интралит)	0.50	0.50
009010	Анестезия аппликационная	0.25	0.25
009011	Внеротовая анестезия (блокада)	1.50	1.50
009012	Премедикация	1.00	1.00
009013	Снятие искусственной коронки	0.80	0.80
009014	Снятие цельнолитой коронки	1.00	1.00
009015	Ультразвуковая обработка тканей (1 сеанс)	0.50	0.50
009016	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта (1 сеанс)	0.50	0.50
009017	Диатермокоагуляция одного десневого сосочка, содержимого одного канала	0.50	0.50
009018	Снятие пломбы, формир. кариоз. полости	1.00	1.00
009019	Трепанация зуба, искусственной коронки	1.00	1.00
009020	Наложение дсвитализирующей пасты	1.00	1.00
009021	Раскрытие зуба при остром периодонтите и обострении хр. периодонтита	1.00	1.00
009022	Обучение гигиене полости рта для кабинетов профилактики и пародонтологических	0.50	0.50
009023	Обучение, санитарное просвещение, консультация матери, сопровождающих лиц	1.00	1.00
009024	Проведение профессиональной гигиены одного зуба (снятие над-поддесневых зубных камней шлифовка полировка)	0.25	0.23

009025	Пров-ние професс. гигиены одного зуба (снятие надподдесневого зубного камня, шлифовка, полировка не менее 4 х зубов)	0.50	0.50
009026	Местное применение реминерализующих и фторсодержащих препаратов (1-4 зуба)	0.25	0.25
009027	Покрытие всех зубов минерализующими или фторсодержащими препаратами (1 сеанс)	2.00	2.00
009028	Полоскание реминерализующими или фторсодержащими препаратами	0.50	0.50
009029	Гирудотерапия (1 сеанс)	2.00	2.00
009030	Взятие материала на исследование	0.50	0.50
009031	Лечение зубов под наркозом (плюсуется к каждому законченному виду работы по мед. показ.	0.50	0.50
009032	Криотерапия	0.50	0.50
009033	Электрофорез одного корневого канала (1 сеанс)	1.00	1.00
009034	Депозитивное лечение одного корневого канала (1 сеанс)	1.50	1.50
009035	Чтение одной дентальной рентгенограммы	0.50	0.50
009036	Наложение коффердама, руббердама	0.75	0.75
009037	Наложение миндама, квикдама	0.50	0.50
009038	Расшлифовка одной фиссуры, сопшлифовка некротических масс при кариесе в стадии пятна одного зуба	0.50	0.50
009039	Лечение поверхностного кариеса методом серебрения	0.25	0.25
009040	Наложение одной пломбы из цемента при поверхностном и среднем кариесе (I и V класса по Блеку, кариес цемента корня)	1.00	1.00
009041	Наложение одной пломбы из цемента при поверхностном и среднем кариесе II и III класса по Блеку	1.50	1.50
009042	Наложение одной пломбы из цемента при поверхностном и среднем кариесе IV класса по Блеку	2.00	2.00
009043	Наложение одной пломбы из композитов при поверхностном и среднем кариесе химического отверждения I и V кл. по Блеку, кариес цемента корня	2.00	2.00
009044	Наложение одной пломбы из композитов при поверхностном и среднем кариесе химического отверждения II и III кл по Блеку	2.50	2.50
009045	Наложение одной пломбы из композитов при поверхностном и среднем кариесе химического отверждения IV класса по Блеку	3.50	3.50
009046	Наложение лечебной прокладки при глубоком кариесе	0.50	0.50
009047	Отбеливание коронки зуба (1 сеанс) Лечение заболеваний твердых тканей зубов с использованием фотополимеров	1.00	1.00
009048	Определение индекса	0.50	0.50
009049	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе I и V класса по Блеку, кариес цемента корня (сэндвич-техника)	4.00	4.00
009050	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе II и III класса по Блеку (линейная техника)	4.00	4.00
009051	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе II и III класса по Блеку (сэндвич-техника)	5.00	5.00
009052	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе IV класса по Блеку (линейная техника) 5.50	5.50	5.50
009053	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе IV класса по Блеку (сэндвич-техника)	6.50	6.50
009054	Лечение с применением пина в зависимости от вида полости (суммируется с основным видом работ)	1.00	1.00
009055	Восстановление цвета и формы зуба при некариозных поражениях твердых тканей зубов (эрозия, клиновидный дефект, гипоплазия)	3.00	3.00
009056	Восстановление цвета эмали	5.50	5.50
009057	Восстановление формы зуба при отсутствии твердых тканей во 3 коронки зуба	7.00	7.00
009058	Восстановление формы зуба при полном отсутствии коронки зуба (включена работа по подготовке корневого канала для рамки, поста)	15.00	15.00
009059	Реставрация зубных рядов; за каждый зуб (тремы, диастемы)	6.00	6.00
009060	Реставрация при врожденных аномалиях формы зуба	7.00	7.00
009061	Полировка пломбы из композита при лечении кариозных полостей I, II, III, V класса по Блеку	0.50	0.50
009062	Полировка пломбы при реставрационных работах и при лечении кариозных полостей IV класса по Блеку	2.00	2.00
009063	Эндодонтические виды работ. Фиксация поста в корневом канале	1.00	1.00
009064	Лечение пульпита ампутационным методом без наложения пломбы	2.00	2.00

Продолжение таблицы 1

009065	Лечение периодонтита импрегнационным методом (без наложения пломбы, мед. лечение канала без пломбирования)	2.00	2.00
009066	Лечение одного хорошо проходимого корневого канала без применения средств резорбции	2.50	2.50
009067	Лечение одного корневого канала с применением средств механического и химического расширения	4.00	4.00
009068	Введение лекарственных средств в корневой канал при лечении деструктивных форм периодонтитов	2.00	2.00
009069	Подготовка и obturация одного корневого канала гуттаперчей	4.00	4.00
009070	Распломбировка одного корневого канала, пломбированного цинкэвгеноловой пастой	2.00	2.00
009071	Распломбировка одного корневого канала, пломбированного резорцинформалиновой пастой	5.00	5.00
009072	Извлечение фиксированного инородного тела из одного корневого канала	4.00	4.00
009073	Распломбировка одного корневого канала, пломбированного фосфат-цементом	6.00	6.00
009074	Распломбирование одного канала под штифт	1.00	1.00
009075	Удаление назубных отложений ручным способом полностью (не менее 5 зубов) с обязательным указанием зубной формулы	0.75	0.75
009076	Удаление назубных отложений с помощью ультразвуковой аппаратуры (полностью не менее 5 зубов) с указанием зубной формулы	1.00	1.00
009077	Вакуум-терапия (1 сеанс, проводится врачом) для специализированного пародонтологического приема	0.50	0.50
009078	Снятие и анализ окклюдограммы	0.50	0.50
009079	Сошпифовка эмали со ската бугра одного зуба	0.25	0.25
009080	Наложение одного звена шины из лигатурной проволоки	1.00	1.00
009081	Шинирование зубов с применением композита (в области одного зуба)	1.00	1.00
009082	Гидромассаж десен при наличии аппарата в спец. кабинете	0.50	0.50
009083	Шинирование двух зубов штифтами с внутриканальной фиксацией	2.00	2.00
009084	Кюретаж пародонтальных карманов в области двух зубов без отслаивания лоскута	1.00	1.00
009085	Кюретаж пародонтальных карманов в области двух зубов с отслаиванием лоскута	4.00	4.00
009086	Лечебная повязка на слизистую оболочку полости рта (1 сеанс): орошение, аппликация, инстиляция, повязка	1.50	1.50
009087	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: орошение	0.50	0.50
009088	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: аппликация	0.50	0.50
009089	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: инстиляция	0.50	0.50
009090	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: повязка	0.50	0.50
009091	Вскрытие пародонтального абсцесса	0.50	0.50
009092	Гингивопластика в области шести зубов	4.50	4.50
009093	Вестибулопластика в области шести зубов	4.00	4.00
009094	Вестибулопластика с аутотрансплантацией (до шести зубов)	6.00	6.00
009095	Шинирование зубов с применением стекловолоконных материалов (риббонд и др.) крепление к коронке одного зуба	6.00	6.00
009096	Забор содержимого пародонтальных карманов для микробиологического исследования	1.50	1.50
009097	Восстановление 1 ед. дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимеров прямым способом: области фронт. зуб	12.00	12.00
009098	Восстановление 1 ед. дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимеров прямым способом: в области премоляр	14.00	14.00
009099	Восстановление 1 ед. дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимеров прямым способом: в области моляров	16.00	16.00
009100	Восстановление 1 ед. включенного дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимеров непрямым способом	25.00	25.00
009101	Восстановление 1 ед. включенного дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимеров непрямым способом: в области премоляров	27.00	27.00

Продолжение таблицы 1

009102	Восстановление 1 ед. включенного дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимеров непрямым способом: в области моляров	29.00	29.00
009103	Фиксация конструкции к коронке одного зуба (суммируется с п.2.6.4, 2.6.5, 2.6.6)	3.50	3.50
009104	Реставрация одной фасетки фотополимером	3.00	3.00
009105	Восстановление фасетки на металлической ортопедической конструкции фотополимером	5.00	5.00
009106	Заболевания рта слизистой оболочки полости. Начато	1.50	1.50
009107	Заболевания рта слизистой оболочки полости. Сеанс лечения	1.00	1.00
009108	Удаление временного зуба	1.00	1.00
009109	Удаление постоянного зуба	2.00	2.00
009110	Сложное удаление зуба с разъединением корней	1.50	1.50
009111	Сложное удаление зуба с выкраиванием слизисто-надкостничного лоскута и резекций костной пластинки с разъединением корней	3.50	3.50
009112	Удаление ретенированного, дистопированного зуба	4.50	4.50
009113	Коррекция альвеолярного отростка для подготовки к протезированию	3.50	3.50
009114	Удаление одного зуба с применением трансплантата при заболеваниях пародонта	4.00	4.00
009115	Перевязка раны в полости рта	1.00	1.00
009116	Лечение альвеолита с ревизией	1.00	1.00
009117	Остановка кровотечения	1.00	1.00
009118	Внутриротовой разрез с дренированием раны	2.00	2.00
009119	Внеротовой разрез, дренирование	3.00	3.00
009120	Перевязка после внеротового разреза	1.00	1.00
009121	Секвестрэктомия	3.00	3.00
009122	Резекция верхушки корня одного зуба	3.00	3.00
009123	Резекция верхушки корня двух и более зубов	4.00	4.00
009124	Цистэктомия	4.00	4.00
009125	Иссечение доброкачественного новообразования мягких тканей полости рта (папиллома, фиброма, эпулис, гипертрофический гингивит)	3.00	3.00
009126	Удаление ретенционной кисты-цистэктомия	3.00	3.00
009127	Удаление ретенционной кисты-цистэктомия	2.00	2.00
009128	Удаление доброкачественного образования кости (одонтома, остеома и др. материалов и фотополимеров непрямым способом: в обл. моляров	5.00	5.00
009129	Иссечение капюшона	1.25	1.25
009130	Иссечение доброкачественного образования кожи	2.00	2.00
009131	Шинирование при переломах челюстей без смещения отломков	8.00	8.00
009132	Шинирование при переломах челюстей со смещением отломков	9.00	9.00
009133	Лигатурное скрепление при вывихах зубов (один зуб)	3.00	3.00
009134	Снятие шины с одной челюсти	1.00	1.00
009135	ПХО раны без наложения швов	2.00	2.00
009136	Наложение одного шва	2.50	2.50
009137	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4.00	4.00
009138	Биопсия слизистой оболочки полости рта	1.50	1.50
009139	Биопсия кожи	1.00	1.00
009140	Биопсия кости	2.00	2.00
009141	Биопсия пункционная	0.50	0.50
009142	Бужирование протока слюнной желез	0.75	0.75
009143	Удаление камня из протока слюнной железы	4.50	4.50
009144	Сиалография	1.50	1.50
009145	Склерозирующая терапия	1.50	1.50
009146	Наложение повязки, компресса с участием врача	0.50	0.50
009147	Вправление вывиха нижней челюсти	2.00	2.00
009148	Компактостеотомия в области двух зубов	2.00	2.00
009149	Гемисекция, ампутация корня зуба без выкраивания слизисто-надкостничного лоскута	3.00	3.00
009150	Гемисекция, ампутация корня зуба с выкраиванием слизисто-надкостничного лоскута	3.50	3.50
009151	Корона-радикулярная сепарация	3.00	3.00
009152	Снятие швов	0.50	0.50

Продолжение таблицы 1

009153	Иссечение рубца на коже	3.50	3.50
009154	Пластика слюнного свища	5.50	5.50
009155	Лечение заболеваний слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава – первое посещение	2.50	2.50
009156	Лечение заболеваний слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава – последующее посещение	1.00	1.00
009157	Введение лекарственных веществ в височно-нижнечелюстной сустав	1.00	1.00
009158	Операция имплантации (введение одного имплантата)	5.00	25.00
009159	Удаление имплантата – простое	1.00	1.00
009160	Удаление имплантата – сложное	3.50	3.50
009161	Обследование стоматологического статуса первичного больного (осмотр, заполнение амбулаторной карты)	2.00	2.00
009162	Осмотр стоматологического больного. Взрослый прием: терапевтическая стоматология	0.50	0.50
009163	Виды работ на терапевтическом приеме. Формирование кариозной полости (без наложения пломбы)	1.00	1.00
009164	Наложение мышьяковистой пасты	1.00	1.00
009165	Ампутация коронковой пульпы (одного зуба)	0.50	0.50
009166	Экстирпация корневой пульпы (одного канала)	0.50	0.50
009167	Импregnация одного корневого канала	0.50	0.50
009168	Раскрытие зуба при остром периодонтите или обострении хронического	1.00	1.00
009169	Удаление распада пульпы при периодонтите из одного канала	0.50	0.50
009170	Медикаментозная обработка одного корневого канала при периодонтите	0.50	0.50
009171	Диатермокоагуляция пульпы в одном корневом канале	0.50	0.50
009172	Наложение одной пломбы из фотополимеров при поверхностном и среднем кариесе I и V класса по Блеку	4.00	4.00
009173	Наложение одной пломбы из фотополимеров при поверхностном в среднем кариесе II и III класса по Блеку	4.50	4.50
009174	Наложение одной пломбы из фотополимеров при поверхностном и среднем кариесе IV класса по Блеку. Взрослый прием: хирург	5.50	5.50
009175	Коррекция альвеолярного отростка (без проведения анестезии)	2.00	2.00
009176	Удаление новообразований с применением диатермокоагулятора (без проведения анестезии)	3.00	3.00
009177	Кюретаж лунки (без проведения анестезии)	1.00	1.00
009178	Ревизия лунки (без проведения анестезии). Взрослый прием: физиотерапия	1.00	1.00
009179	Физиотерапия. Лазеротерапия (на один очаг воспаления)	4.00	4.00
009180	Флюктуоризация (на один очаг воспаления)	1.50	1.50
009181	Микроволны, УВЧ, Д ¹ Арсонваль (на один очаг воспаления)	2.00	2.00
009182	Ультразвук (на один очаг воспаления). Взрослый прием: рентгенология	2.00	2.00
009183	Рентгенология. Изготовление одной дентальной рентгенограммы (без описания)	1.00	1.00
009184	Изготовление одной дентальной рентгенограммы (с описанием)	1.50	1.50
009185	Изготовление внеротовых рентгенограмм костей лицевого черепа (без описания)	1.50	1.50
009186	Изготовление внеротовых рентгенограмм костей лицевого черепа (с описанием)	2.00	2.00
009187	Ортопантомография (без описания)	3.00	3.00
009188	Ортопантомография (с описанием). Взрослый прием: парапсихология	3.50	3.50
009189	Пародонтологический прием. Заболевание слизистой оболочки полости рта: сеанс лечения: орошение, аппликация, повязка	1.50	1.50
009190	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: турунды, введение паст	0.50	0.50
009191	Вскрытие пародонтального абсцесса	0.50	0.50
009192	Гингивитомия	0.50	0.50
009193	Гингивэктомия	0.50	0.50
009194	Забор содержимого пародонтальных карманов для микробиологического исследования	1.50	1.50
009195	Вакуум-терапия (не менее 4-х гематом)	1.00	1.00
009196	Анестезия проводниковая, инъекция	0.50	0.50
009197	Реплантация многокорневого зуба	5.00	5.00
009198	Оказание разовой стоматологической помощи на дому (плюсуется к выполненному объему)	5.00	5.00

Продолжение таблицы 1

009199	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе I и V класса по Блеку кариесе, цемента корня (лин. техн.)	3,00	3,00
009200	Реплантиция однокорневого зуба или зачатка зуба	4,00	4,00

Для более удобной работы врачей-стоматологов в лечебных учреждениях предложен примерный алгоритм действий и

оценка производимых манипуляций для лечения больных с основными стоматологическими заболеваниями:

Кариес (с пломбой из цемента)

№	Услуга	код	УЕТ
1	Осмотр	009001, 09002	0,5-1,5
2	Анестезия	009009	0,5
3	Формирование полости или снятие пломбы	009018	1,0
4	Наложение прокладки при глубоком кариесе	009046	0,5
5	Наложение пломбы	009040-009042	1,0-5,0
	Итого		3,5-5,5

Пульпит (1-корневой зуб, пломба из цемента)

№	Услуга	код	УЕТ
1	Осмотр	009001, 009002	0,5-1,5
2	Анестезия	009009	0,5
3	Формирование полости или снятие пломбы	009018	1,0
4	Лечение пульпита ампутирующим методом (ампутация как этап лечения пульпита)	009064	2,0
5	Наложение девитализирующей пасты	009020	1,0
6	ДТК (1 канал)	009017	0,5
7	Лечение 1 канала	009006, 009067	2,5-4,0
8	Наложение пломбы	009040-009042	1,0-2,0
	Итого		9,0-12,5

Периодонтит (1-корневой зуб, пломба из цемента)

№	Услуга	код	УЕТ
1	Осмотр	009001, 009002	0,5-1,5
2	Анестезия	009009	0,5
3	Формирование полости или снятие пломбы или трепанация	009018, 009019	1,0
4	Раскрытие зуба при остром Рт (подраз. мех. обраб. Канала)	009021	1,0
5	Введение лекарств. ср-в в канал (в т.ч. мед. обработка канала)	009068	2,0
6	Лечение корневого канала (в т.ч. пломбирование)	009066, 009067	2,5-4,0
7	Наложение пломбы	009040-009042	1,0-2,0
	Итого		8,5-12,0

Пародонтит

№	Услуга	код	УЕТ
1	Осмотр	009001, 009002	0,5-1,5
2	Анестезия	009009	0,5
3	Удаление а/о ручным способом (не менее 5 зубов)	009075	0,75
4	Лечебная повязка и пр.	009086	1,5
5	Обучение гигиене	009022	0,5
6	И др. возможные манипуляции	...	
	Итого		3,75-6,25

Таким образом, врачам-стоматологам Смоленской области на основании предложенных схем стало удобнее планировать

и учитывать объёмы услуг и работ, связанных с лечением основных стоматологических заболеваний.

УДК 616.31:362.12(470.332)

РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

И.С. Зубакин, Г.А. Басова

ОГУЗ «Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника»

Для оказания стоматологической помощи населению Смоленской области созда-

на сеть стоматологических поликлиник и кабинетов (табл. 1).

Таблица 1.

Стоматологические учреждения Смоленской области

	1995 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	уровень 2005 г. к 1995 г. %
Стоматологические поликлиники для взрослых	10	10	10	10	100%
Детские стоматологические поликлиники	1	1	1	1	100%
Хозрасчетные стоматологические поликлиники	1	1	1	1	100%
Кабинеты ЦРБ	24	24	24	24	100%
Врачебных амбулаторий	20	22	22	22	110%
Участковых больниц	30	13	12	12	40%
Районных больниц	6	5	4	3	50%
ФАПов	34	6	3	3	8,8%
Автоустановки	11	4	3	3	27%
Кабинет ЛПУ г. Смоленска	20	17	16	16	80%

За 10 лет наблюдается сокращение стоматологических кабинетов и учреждений первичного звена. В частности, практически полностью ликвидированы стоматологические кабинеты ФАПов и предприятий, в т.ч. сельскохозяйственных, что снижает доступность стоматологической помощи в

этих учреждениях, а, следовательно, растёт заболеваемость.

В 2005–2006 году количество стоматологических кабинетов в области не изменилось. Как следствие вышеизложенного возникает дефицит врачебных кадров (табл. 3).

Таблица 2.

Стоматологические кадры Смоленской области

	1995 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	уровень 2005 г. к 1995 г. %
Всего занято должностей в области стоматологического профиля, включая руководителей	621	604	578	576	92,7%
В том числе зубных	74	69	46	43	58,1%
Зубных техников	195	172	166	162	83,0%

Только благодаря совместительству не допущено резкого уменьшения врачебных

должностей. Коэффициент совместительства составляет 1,3 в учреждениях области.

Таблица 3.

Обеспеченность стоматологическими кадрами на 10 тыс. в г. Смоленске и Смоленской области

	1995 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	уровень 2005 г. к 1995 г. %
г. Смоленск без кадров ЛПУ обл. подчинения	6,7	6,6	6,5	6,5	93%
г. Смоленск (все учреждения города)	8,0	8,4	8,3	8,3	103%
Смоленская область	5,1	5,3	5,0	5,0	98%
Смоленская область без г. Смоленска	4,6	4,6	3,7	3,8	82%

Если ситуация с кадрами в целом (с учетом «городских» кадров) обстоит удовлетворительно, то в области за последние годы

произошло сокращение кадров на 20%, а в ряде районов и более (табл. 4, 5).

Таблица 4.

Обеспеченность врачами-стоматологами в районах Смоленской области

Количество врачей в районе	1995 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	уровень 2005 г. к 1995 г. в %
Велижский район	6	4	4	4	66%
Гагаринская стоматологическая поликлиника	28	20	20	24	85,7%
Починковская стоматологическая поликлиника	19	14	10	9	47,3%
Рославльская стоматологическая поликлиника	32	26	24	24	75%
Темкинский район	4	2	2	2	50%
Новодугинский район	4	3	2	2	50%
Глинковский район	3	1	1	1	33%
Озерненская РБ	6	3	1	1	16,6%

В Гагаринской стоматологической поликлинике за последние годы количество врачей сократилось на 30%, 44% из них составляют пенсионеры. Один врач работает на весь

Глинковский район. До 50% врачей уменьшилось в Починковской стоматологической поликлинике. В Озерненской РБ число врачей-стоматологов сократилось с 6 до 2.

Таблица 5.

Обеспеченность стоматологическими кадрами на 10 тыс. населения в районах Смоленской области

Районы	Врачей на 10 тыс. населения, всего (включая зубных, ортопед. руковод) 2006 год
Велижский	2,9
Вяземский	4,2
Гагаринский	4,8
Глинковский	1,7
Демидовский	4,1
Дорогобужский	3,5
Духовщинский	3,3
Ельнинский	4,3
Ершичский	3,5
Кардымовский	4,1
Краснинский	2,7
Монастырщинский	3,9
Новодугинский	3,5
Починковский	3,8
Рославльский	3,5
Руднянский	2,5
Сафоновский	5,2
Смоленский	3,8
Сычевский	2,6
Темкинский	3,0
Угранский	2,9
Хиславичский	3,5
Холм-Жирковский	3,3
Шумячский	3,8
Ярцевский	5,8
Среднереспубликанский	4,24

Как видно из представленной таблицы, 72% районов области обеспечены стоматологическими кадрами ниже среднереспубликанского показателя.

По нашему мнению, решить кадровый вопрос помогла бы контролируемая система целевой подготовки кадров на договорной основе (заключение трехстороннего

договора между физическим лицом, Департаментом Смоленской области по здравоохранению и СГМА), подкрепленная правовой базой, гарантирующей возврат специалиста в тот район, который направляет его на учёбу.

Для улучшения оказания стоматологической помощи жителям сельской местности следует вернуться к практике выездной работы на селе. До 1997 года объём выездной работы составлял до 2-х тысяч дней в год, а по посещениям до 20

тысяч (1995 г. – 2643 дня, > 37 тыс. посещений).

Количество автоустановок сократилось с 11 до 3 (стоматологическая поликлиника №1 в г. Сафоново, Рославль), осуществляются единичные выезды по договорам с предприятиями.

Материально-техническая база стоматологической службы (на 31.12.06) остается на низком уровне (табл. 6), что ухудшает качество лечения и затрудняет выполнение муниципального заказа.

Таблица 6.

Материально-техническая база стоматологической службы Смоленской области

Районы	установок всего	требуется замены	% износа	кресел всего	требуется замены	% износа
Велижский	5	-	-	5	-	-
Вяземский	43	7	16,3	45	3	6,6
Гагаринский	17	10	58,8	21	17	80,9
Глинковский	3	1	33	3	1	33,3
Демидовский	8	2	25	8	2	25
Дорогобужский	11	9	81	11	9	81
Духовщинский	8	3	37,5	6	2	33,3
Ельнинский	6	3	50	6	3	50
Ершичский	4	2	60	4	1	25
Кардымовский	4	2	50	4	2	50
Краснинский	5	2	40	5	2	40
Монастырщинский	5	3	60	5	3	60
Новодугинский	5	1	20	5	1	20
Починковский	15	13	86	21	16	76,2
Рославльский	18	6	33	18	7	38,8
Руднянский	6	3	50	7	3	42,9
Сафоновский	33	20	60	36	16	44,4
Смоленский	23	2	8,7	23	2	8,6
Сычевский	5	1	20	5	1	20
Темкинский	2	-	0	3	-	0
Угранский	3	1	33	4	-	0
Хиславичский	3	1	33	4	1	25
Холм-Жирковский	5	1	20	5	1	20
Шумячский	5	3	60	5	3	60
Ярцевский	2	8	36,4	25	8	32

Основной задачей стоматологической службы в 2006 году было выполнение муниципального заказа в соответствии с плановыми заданиями. Фактический его объём по районам области представлен в таблице 7.

Одним из важных показателей, характеризующим деятельность службы служит «уровень привлечения внебюджетных средств» (платных услуг ЛПУ) (табл. 8).

Процент их колеблется от 0 до 23%. Половина учреждений области оказывает платные лечебные услуги в объёме чуть

более 1%. Все они имеют реальные легальные возможности для улучшения материально-технической базы, увеличения заработной платы, качества обслуживания за счёт лечения с использованием современных материалов и технологий.

На льготное протезирование выделено и освоено 23 795 798 руб. (в 2005 году – 10 млн.), что позволило изготовить протезы 5611 пациентам, имеющих льготы (3 тыс. в 2005 году). Число льготников составляет 31,9% от всех, получивших зубные протезы (табл. 9).

Таблица 7.

Фактическое выполнение объёмов по стоматологии (УЕТ) по ОМС за 2006 год

Наименование районов	2004 г.	% выполнения 2005 г.	% выполнения 2006 г.
Велижский	Плановых объёмов не было	86,9	90,2
Вяземский		98,7	104,0
Гагаринский		93,0	113,6
Глинковский		91,0	106,0
Демидовский		89,9	113,0
Дорогобужский		89,9	77,6
Духовщинский		99,8	101,8
Екимовичи			
Ельнинский		127,0	117,0
Ершичский		91,0	140,0
Кардымовский		100,0	107,2
Краснинский		127,0	91,8
Монастырщинский		73,0	113,0
Новодугинский		99,5	122,0
Починок стомат		89,6	95,5
Рославль стомат		100,0	103,5
Руднянский		68,3	90,0
Сафоново стомат		104,0	107,0
Смоленский		100,0	100,0
Сычёвский		101,3	120,0
Тёмкинский		92,9	78,8
Угранский		105,0	110,0
Хиславичский		205,4	127,3
Холм-Жирковский		67,2	119,0
Шумячский		100,0	118,0
Ярцево стомат.		94,5	101,8

В большинстве стоматологических поликлиник городов областного подчинения внедрено в практическую работу врачами-стоматологами ортопедами протезирование больных с использованием современных технологий (металлокерамика, металлопластмасса, бюгельное протезирование), изготовление протезов на аттачменах, имплантатах, керамика на драгметаллах и др.

В своей работе врачи-стоматологи обучены и применяют на практике реставрационные технологии восстановления зубов с использованием композитных материа-

лов, пломбирование каналов зубов с гуттаперчевыми штифтами и новыми эндодонтическими материалами, что позволяет снизить % осложнений воспалительного характера.

ЛПУ, не имеющие своего оборудования выполняют высокотехнологические этапы ортопедического лечения на базе ОГУЗ «Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника» в соответствии с договорами, что позволяет в городах области изготавливать эстетические протезы.

Таблица 8.

Уровень платных услуг стоматологических учреждений Смоленской области

	Уровень привлечения внебюджетных средств (лечебный прием) % 2004 г.	Уровень привлечения внебюджетных средств (лечебный прием) % 2005 г.	Уровень привлечения внебюджетных средств (лечебный прием) % 2006 г.
Велижский	3,5	1,1	
Вяземский	5,5	11,1	15
Гагаринский	8,7	10,2	10,5
Глинковский	-	0,7	1,4
Демидовский	1,8	0,25	2,8
Дорогобужский	-	1,1	0,1
Духовщинский	4	1,2	1,1
Ельнинский		-	-
Ершичский	2	1,2	1,3
Кардымовский	0,4	0,5	0,5
Краснинский	1,5	2,6	6,2
Монастырщинский	1,0	-	-
Новодугинский	-	1,4	1,5
Починковский	3,1	4,6	3,4
Рославльский	1,2	1,8	4
Руднянский	1,0	-	2,1
Сафоновский	14,6	14,0	23
Смоленский	1,5	0,5	1,1
Сычевский	4,1	1,0	2,3
Тёмкинский	-	-	-
Угранский	-	-	-
Хиславичский	4,1	-	-
Холм-Жирковский	-	-	-
Шумячский	2,1	0,8	0,7
Ярцевский	6,0	6,5	10,3

При лечении заболеваний слизистой полости рта в поликлиниках городов областного подчинения используется для снятия назубных отложений новый высокоэффективный аппарат «Пьезон – мастер».

На основании вышеизложенного, для улучшения ситуации в стоматологической службе на 10-й расширенной коллегии департамента здравоохранения Смоленской области, посвященной вопросам стоматологии ряд решений, было предложено:

1. Для объективной оценки ресурсов и технологического обеспечения стоматологической службы провести паспортизацию материально-технической базы для разработки программы технического переоснащения ЛПУ.

2. Ходатайствовать перед областной Думой о финансировании целевой программы переоснащения стоматологической службы.

3. Главным врачам ЦРБ рекомендовать организацию платных лечебных услуг в

Таблица 9.

Ортопедическая помощь

	1995 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	уровень 2005 г. к 1995 г. в %
Число лиц, получивших протезы всего	23 тыс.	18 тыс.	16 тыс.	17,5 тыс.	76%
в т.ч. бесплатно	10 тыс.	4 тыс.	2,9 тыс.	5,6 тыс.	56%
Выделено средств на льготное протезирование	По факту обращения льготников без ограничения средств	7,1 млн.	10 млн.	23 млн.	-

соответствии с действующими нормативно-правовыми документами.

4. Руководителям стоматологической службы руководствоваться в своей повседневной деятельности приказами ФОМС и Департамента Смоленской области по здравоохранению, регламентирующими оказание медицинской помощи в системе ОМС.

5. Главным врачам ЦРБ, главным врачам ЛПУ, имеющим в своем составе сто-

матологические кабинеты предусмотреть снабжение стоматологов материалами в соответствии с выработанными УЕТ.

6. Осуществлять целевое направление для подготовки специалистов на договорной основе в СГМА из районов, имеющих стоматологические поликлиники и кабинеты по согласованию с главными врачами стоматологических поликлиник.

УДК 616.31

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.Г. Коротких, О.Ю. Шалаев, Л.И. Бут

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

В последние годы в медицине все более активно внедряются новейшие достижения науки и техники.

Медицинские информационные системы играют существенную роль в организации лечебно-диагностического процесса в различных лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, в том числе и в современной многопрофильной стоматологической клинике [5].

Базой для создания и разработки комплексной программы диагностики стоматологических заболеваний является информационная система. Цель создания любой информационной системы – обработка пер-

вичных данных и получение информации нового качества [1, 3].

Информационные системы обеспечивают сбор, хранение, обработку, поиск, выдачу информации; позволяют анализировать проблемы и создавать новые продукты [2, 4].

Структура любой информационной системы может быть представлена совокупностью обеспечивающих подсистем. Среди обеспечивающих подсистем выделяют информационное, техническое, математическое, программное, организационное и правовое обеспечение [6].

На кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Воро-

нежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко разработана и внедрена комплексная программа диагностики стоматологических заболеваний на базе индивидуального биометрического паспорта хирургического пациента.

Биометрический паспорт содержит паспортную часть с указанием качества жизни. Основная часть биометрического паспорта включает: жалобы, функциональные нарушения, жалобы общего характера, возможные причины хирургического вмешательства, анамнез заболевания, анамнез жизни со сведениями об особенностях родов, условиях труда, быта, питания, отдыха, наличия вредных привычек, перенесенных и сопутствующих заболеваний.

Данные внешнего осмотра дают информацию об общем состоянии пациента; контурах лица; состоянии регионарных лимфатических узлов; функции височно-нижнечелюстного сустава.

Осмотр полости рта включает: зубную формулу; состояние коронки зуба; подвижность зуба; перкуссию, зондирование, электроодонтодиагностику, термометрию зуба; состояние слизистой оболочки альвеолярного отростка челюстей; наличие свищевого хода; состояние переходной складки, крыловидно-нижнечелюстной складки, подъязычных валиков, устья выводного протока околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез; состояние нижнего третьего моляра.

Отдельным разделом биометрического паспорта являются данные рентгенографии, ортопантомографии, радиовизиографии.

План лечения включает различные виды местной анестезии, а также хирургические манипуляции, которые показаны данному пациенту.

Завершает биометрический паспорт прогноз результата проведенного лечения и развития возможных осложнений.

Биометрический паспорт хирургического стоматологического пациента разработан для решения следующих задач:

– установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с хирургическими стоматологическими заболеваниями;

– модификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи стоматологическим пациентам с заболеваниями хирургического профиля;

– обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества стоматологической помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Все параметры биометрического паспорта хирургического стоматологического пациента созданы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, Всемирной организации здравоохранения, десятого пересмотра (МКБ-10).

На базе стоматологической поликлиники ВГМА, стоматологических поликлиник №5, №6 г. Воронежа с применением биометрического паспорта проведено обследование и лечение 700 пациентов хирургического профиля.

На основе системного анализа данных биометрических паспортов была произведена оценка значимости факторов риска по степени их влияния на развитие различных осложнений. Так как для проведения статистического анализа необходимо, чтобы все данные были представлены в однообразном виде (качественном или количественном), на первом этапе произведено преобразование качественных показателей в численные оценки.

Преобразование осуществлялось следующим образом. Первоначально по каждому показателю все возможные его значения ранжировались по степени значимости. Для ранговой оценки каждого значения применялся метод априорного ранжирования, использующий экспертную информацию и не требующий, в отличие от дисперсионного анализа, постановки эксперимента на объекте. Метод априорного ранжирования позволил объективно оценить субъективное мнение специалистов (экспертов), так как при большом числе факторов мнение экспертов о степени влияния того или иного фактора могут расходиться. Полученные ранги использованы в качестве численной оценки значений показателя. В случае, если

отличия между двумя смежными парами значений показателей неравнозначны, осуществлялся второй этап преобразования упорядоченных качественных оценок в численные. Характеристики, имеющие два возможных варианта (типа «Да», «Нет»), преобразовывались соответственно в 1 и 0. Если показатель принимал более двух различных качественных значений, снова использовался метод экспертных оценок. Перед экспертами ставился вопрос: «Насколько одно значение показателя более значимо, чем другое?» Ответы для каждой пары формировались в форме лингвистической переменной, на основе анализа значений термов полученных переменных рассчитывалась численная оценка каждого исходного значения показателя.

На втором этапе по всем показателям осуществлено сравнение групп больных, имеющих и не имеющих осложнения. Сравнение производилось по *t*-критерию Стьюдента. Полученные значения *t*-статистики, характеризующие степень различия между сравниваемыми группами были использованы в качестве критерия для оценки значимости того или иного показателя по степени влияния на развитие осложнений.

Завершающим этапом проведенного анализа являлось построение математических моделей, позволяющих прогнозировать развитие того или иного осложнения для каждого конкретного больного с учетом индивидуальных характеристик, описывающих его состояние. При выборе показателей, включаемых в модель в качестве независимых переменных, согласовывались два противоречивых требования: с одной стороны, необходимо

учитывать как можно больше факторов, с другой стороны, увеличение числа показателей усложняет как построение, так и использование модели. В связи с этим, при проведении исследования был реализован этап оптимизации признаков пространства с целью исключения параметрической избыточности и выбора самых значимых составляющих. Для решения данной задачи был использован метод «дискретных корреляционных пленд», позволяющий отобрать минимальных набор наиболее значимых показателей, позволяющих достаточно полно описать ситуацию в целом. Отобранные таким образом характеристики были включены в прогностическую модель.

Так как показатель, характеризующий развитие осложнений принимал всего два значения: «есть осложнение» или «нет осложнения», для построения прогностической модели было использовано логистическое регрессионное уравнение, в котором зависимая переменная *Y* принимает значения из диапазона от 0 до 1, что позволило спрогнозировать вероятность развития осложнений при заданном наборе факторов риска. Чем больше значение данного показателя, тем выше вероятность развития осложнения (от 0 до 0,3 – низкая степень риска, 0,3–0,7 – средняя степень риска, более 0,7 – высокая степень риска).

Таким образом, полученная прогностическая модель, выраженная уравнением логистической регрессии, может быть использована для индивидуального прогнозирования возможных осложнений стоматологических заболеваний с учетом выделенных факторов риска.

Литература

1. Дударев А.Л., Чибисова М.А., Позняк-Чучман В.В. Применение цифрового анализа рентгеновского изображения в диагностике осложненного кариеса зубов и прогнозировании результатов его лечения // Материалы 8-й Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб., 2003. С. 62–63.
2. Колтаков А.И., Кунии В.А., Куцева А.В., Сущенко А.В., Фролов В.Н. Автоматизированная компьютерная система диагностики и лечения неосложненного кариеса // Оптимизация и моделирование в автоматизированных системах: Межвузовский сборник научных трудов. Воронеж: ВГТУ, 2003. С. 30–38.
3. Бутова В.Г., Петрова Ю.К., Петров С.Е., Ковальская Н.А., Трибуц М.Л. Создание фирменного стиля медицинской организации // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2005. №2 (16). С. 92–93.
4. Корж Г.М., Коротких Н.Г., Мутафян М.И. Оптимизация информационных потоков при оказании медицинской помощи пострадавшим с черепно-челюстнолицевой травмой на модели корпоратив-

- ной сети медицинских учреждений Воронежской области // *Материалы 9-й Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов*. СПб., 2004. С. 92–93.
5. Есауленко И.Э., Клименко Г.Я., Созаева В.Н., Чопоров О.Н. Проблемы здравоохранения промышленно-развитого региона в современных условиях. Воронеж: Изд-во ВГУ, 1999.
6. Мединцев В.Г., Чопоров О.Н. Методика предварительной обработки информационных баз данных для моделирования систем // *Современные проблемы прикладной математики и математического моделирования: Материалы Международной научной конференции*. Воронеж, 2005. С. 65–69.

УДК 617.51/53-002(470.332)

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Г. ГАГАРИНА

В.М. Поликарпов, Н.А. Поликарпова, Г.А. Басова

МЛПУ «Гагаринская стоматологическая поликлиника»

ОГУЗ «Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника»

Для оказания стоматологической помощи населению Гагаринского района существует следующая сеть лечебных учреждений, имеющих в своём составе стоматологические кабинеты (табл. 1).

Укомплектованность врачами стоматологического профиля на 10 тыс. населения по району составляет 5,4 (среднероссий-

ский показатель 4,24), 40% из них составляют кадры пенсионного возраста.

Несмотря на недостаточное количество врачей и сеть ЛПУ воспалительные заболевания челюстно-лицевой области по-прежнему остаются актуальной проблемой, заставляющей пациентов обращаться за стоматологической помощью.

Таблица 1.

Количество врачей и оснащённость лечебных учреждений Гагаринского района, оказывающих стоматологическую помощь

Наименование ЛПУ	Врачей стоматологического профиля всего	В т.ч. стоматологов-хирургов	В т.ч. зубных врачей	Врачей пенсионного возраста	Кол-во установок	Кол-во кресел	Кол-во коек в хирургическом отделении ЦРБ
Стоматологическая поликлиника центральной районной больницы	22	2	5	40%	17	20	5
Кармановская УБ	1	-	1	100%	1	1	-
Никольская ВА	1	-	-	100%	1	1	-

В таблице 2 приводятся сравнительные данные о распространённости воспалитель-

ных заболеваний на 1000 жителей в Смоленской области и Гагаринском районе.

Таблица 2.

Количество воспалительных заболеваний на 1000 населения за 2002–2006 гг.

	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Смоленская область	9,8	9,7	10,0	10,1	10,2
Гагаринский район	10,1	10,1	10,5	9,4	10,3

Таблица 3.

Количество операций удаления зубов, проведенных в лечебных учреждениях Гагаринского района за 2002–2006 гг.

	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Удалено зубов всего	9605	9401	8684	7869	6288
В т.ч. удалено зубов по поводу периодонтита	8402	8180	7560	6998	5799
В т.ч. удалено зубов по поводу пародонтита	1203	1221	1124	871	489

Учёт случаев воспалительных заболеваний проводился без учета обострения хронического периодонтита и удаления зубов по поводу пародонта.

Обращаемость для удаления зубов по поводу хронического периодонтита и пародонтита представлены в таблице 3.

Уменьшение количества удалений пропорционально снижению количества обращений за стоматологической помощью и не свидетельствует об улучшении ситуации с воспалительными заболеваниями.

В таблице 4 представлены сведения о воспалительных заболеваниях и госпитализации стоматологических больных.

За последние годы отмечается более длительное и тяжелое течение воспалительных процессов, требующее многокомпонентного лечения и увеличения расходов на стационарное лечение.

Клинические наблюдения показывают, что сокращение объема профильной работы в организованных коллективах, выездной работы, ограничения стоматологической помощи услугами в рамках «муниципального заказа программы ОМС», низкий уровень гигиены полости рта и качества жизни у пациентов из сельской местности, неадекватное лечение осложнений кариеса терапевтическими методами, высо-

Таблица 4.

Статистика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в Гагаринском районе за 2002–2006 гг.

Всего	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Число случаев воспалительных заболеваний всего	415	436	480	418	452
Число госпитализированных всего	28	26	32	15	27
Число дней стационарного лечения всего	313	301	364	265	335
Число дней нетрудоспособности всего*	301	342	365	328	257
Выдано больничных листов	56	61	70	67	37**
Число дней нетрудоспособности на 1 случай воспалительных заболеваний	5,3	5,1	5,2	4,8	6,9

* без учёта и лечения по поводу травм ЧЛЮ

** в 2006 году работал 1 хирург-стоматолог

кая распространенность патологии пародонта (по данным эпидобследования в районе в возрастной группе 35–44 года – 94%, а в группе 65 лет и старше – 100%) и отсутствие комплексной стоматологической помощи пародонтологическим больным являются совокупностью причин, приводящих пациента на больничную койку.

И хотя количество дней стационарного лечения не превышает среднестатистических значений, рекомендованных программой ОМС, материальные затраты на проведение комплексного лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области очевидны.

Таким образом, только последовательное проведение всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий, а именно:

- увеличение своевременной доступности стоматологической помощи;
- плановая санация детского и взрослого населения;
- диспансерное наблюдение за пациентами, лечившимися по поводу осложненной кариеса у врачей терапевтов-стоматологов консервативными методами;
- широкое использование хирургических зубосохраняющих методов лечения;
- комплексное лечение заболеваний пародонта;

– санитарно-просветительная работа по пропаганде правил личной гигиены, мотивация пациентов к своевременному обращению за стоматологической помощью;

– коммунальная профилактика стоматологических заболеваний (фторирование молока, воды, соли и др.);

– позволит снизить рост воспалительных заболеваний.

РАЗНОЕ

УДК 616.441-07.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ

А.В. Борсуков, А.Н. Власов

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
МЛПУ КБ №1

Актуальность проблемы диагностики заболеваний щитовидной железы определяется следующими основными параметрами: 1) чрезвычайной распространенностью йоддефицитных заболеваний в России и за рубежом при отсутствии адекватной массовой йодной профилактики; 2) сложностью выбора лечебной

тактики, в том числе определение показаний к операции.

Цель исследования: изучить информативность биопсий щитовидной железы и результаты малоинвазивных вмешательств при очаговых образованиях щитовидной железы, выполненных с помощью ультразвуковой навигации.

Материал и методы

За период с декабря 2005 по апрель 2007 г. выполнено 289 биопсий щитовидной железы (ТАБ). В 17,9% (52 человека) ТАБ выполнена из обеих долей щитовидной железы.

Женщин было – 97,3% (281), мужчин – 2,7% (8).

Показания к ТАБ – любые узловые (многоузловые) формы заболеваний ЩЖ, при которых технически возможно проведение ТАБ. Перед выполнением ТАБ обязательным являлся осмотр больных тремя специалистами; эндокринологом, хирургом, врачом УЗИ-диагностики.

Для проведения биопсии мы использовали высокочастотный датчик линейного типа сканирования (7,5 МГц) аппарат Hitachi-525, SSD-500 фирмы Aloka. Больной находился в положении лежа на спине с подложенным под плечи валиком. Место пункции обрабатывалось спиртом. Использовался шприц объемом 10–20 мл, иглы G18–23. Датчик устанавливали над проекцией очагового образования в точке максимально приближенной к очагу, при этом пункционную иглу вводили по цент-

ру сканирующего устройства под углом 90° к поверхности кожи. При попадании иглы в образование обращаем внимание на его консистенцию (твердая, мягкая, эластичная, тестоватая, плотная). Появление иглы на экране монитора в виде гиперэхогенной белой полоски создавали вакуум в шприце, с дальнейшим контролем поступающего аспирата в просвет шприца при этом на мониторе наблюдали феномен «бегущих огней». Далее выполнялись, 4 поступательных движений иглой в очаге с забором материала из 8 зон при этом совершали ротацию шприцом, после чего поршень отпускаем, позволяя ему вернуться в нейтральное положение перед удалением из образования. В этот момент образец ткани находится внутри иглы и ее канюле. Удаляем иглу, и прижимают место пункции марлевым шариком. Прикасаясь кончиком иглы к предметному стеклу под углом 45–90° к его поверхности, выдавливаем материал из иглы на стекло. При этом использовали не менее 5 стекол для последующего цитологического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Чувствительность применяемой нами методики биопсии равна 96,5%. Осложнений после проведения ТАБ не наблюдалось. Неинформативные пункции составили 3,5% (10 пункций).

5 пациентам выполнена склеротерапия кист щитовидной железы 96% спиртом. При оценке отдаленных результатов лечения

этих больных в течение года рецидива заболевания не наблюдалось.

В 23 случаях при морфологическом исследовании выявлена выраженная пролиферация тиреоидного эпителия (размер узловых образований был 2 см и более). Данным больным было рекомендовано оперативное лечение.

Заключение

ТАБ с последующим цитологическим исследованием пунктатов является основным дооперационным методом прямой оценки структурных изменений в щитовидной железе.

Программа манипуляций стандартизована, необходимо выполнять пункционно-

аспирационную биопсию из 6 точек. При сомнительном заборе материала необходим двух-трехкратный его забор. При жидкостном субстрате очага, полученным во время ТАБ (истинная киста ЩЖ), необходима склеротерапия 96% спиртом с экспозицией не менее 15 минут.

УДК 616.62-008.222-055.2-08

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН (обзор литературы)

А.В. Гринев, Н.Н. Никифоровская

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Недержанием мочи (НМ) считается непроизвольное, не контролируемое волевым усилием выделение ее, которое резко ограничивает социальную активность пациентки и неприемлемо для нее с гигиенической точки зрения.

Эта патология на сегодняшний день остается актуальной медицинской и социальной проблемой, особенно у женщин старшего возраста.

Различной степени выраженности НМ зачастую считается нормальным проявлением старения. В среднем каждая четвертая женщина в возрасте старше 40 лет испытывает дискомфорт вследствие данного расстройства мочеиспускания. Пациентки редко обращаются за медицинской помощью, не всегда получают адекватное лечение. Так, проведенный впервые в России опрос 3100 здоровых женщин (средний возраст 47,9 года) показал, что симптомы НМ, проявляющиеся единичными эпизодами или

носящие регулярный характер, наблюдались у 1169 (38,6%) опрошенных, из них к врачу обратилось только 4% [4, 6].

Наиболее частые типы НМ:

1. Стрессовое (недержание мочи при напряжении) – проявляется непроизвольным выделением мочи при любой физической нагрузке, сопровождающейся повышением внутрибрюшного давления: кашле, чихании, смехе и др.

2. Императивное (ургентное) – непроизвольное выделение мочи вследствие неудержимого позыва к мочеиспусканию. Сюда относится дневная и ночная поллакиурия.

3. Смешанное – сочетание стрессового и императивного компонентов.

На долю других типов НМ (парадоксальная ишурия, внеуретральное недержание и др.) приходится от 5 до 10% случаев.

В современной урологии существует еще и понятие гиперактивность мочевого

пузыря (ГАМП) – симптомокомплекс urgen-ных состояний с или без императивного недержания мочи, при отсутствии инфекции или других патологических состояний.

Для ГАМП характерны:

1. Частые позывы к мочеиспусканию (более 8 раз в день) – поллакиурия.
2. Частое ночное мочеиспускание (более 2 раз за ночь) – никтурия.
3. Императивные позывы к мочеиспусканию (внезапное непреодолимое желание помочиться).
4. Императивное недержание мочи.
5. Симптомы ГАМП могут встречаться в различной комбинации и степени выраженности. Ведущим симптомом является ургентность, недержание мочи наблюдается у трети пациенток [8].

Подбор альтернативного лечения для больных с ургентной симптоматикой – сложная проблема современной урологии. Существуют три основных пути терапии: немедикаментозное, фармакологическое и хирургическое [6, 9, 10, 24].

Согласно принципам доказательной медицины, «золотым стандартом» в лечении ГАМП является сочетание поведенческой и медикаментозной терапии. Поведенческая терапия подразумевает изменение образа жизни, отказ от курения, снижение массы тела. Необходимо проводить тренировки мочевого пузыря. Рекомендуется также выполнение упражнений для укрепления мышц тазового дна, принцип которых основан на эффекте рефлекторного торможения сокращений детрузора при произвольных и достаточно сильных по силе сокращениях мышц тазового дна [22]. Целесообразно проведение электростимуляции области расположения мочевого пузыря, при которой наблюдается снижение чувствительности мочевого пузыря и увеличение его функциональной емкости [9].

Применение поведенческой терапии при ГАМП основано на предположении, что это состояние вызвано утратой выработанного в детстве контроля коры головного мозга над мочеиспускательным рефлексом или наличием патологически сформированного рефлекса. Чтобы восстановить этот контроль, устанавливают определенный ритм

мочеиспусканий и постепенно увеличивают интервал между ними [15].

Упражнения для укрепления мышц тазового дна имеют большое значение не только при стрессовом НМ, когда с их помощью может быть увеличено уретральное давление. Клиническое применение упражнений при ГМП основано на эффекте рефлекторного торможения сокращений детрузора при произвольных и достаточных по силе сокращений мышц тазового дна.

Система выполнения упражнений Кегеля включает поочередное сокращение и расслабление мышц, поднимающих задний проход. Упражнения выполняются 3 раза в сутки. Длительность сокращений постепенно увеличивают: от 1–2 с, 10–15 с и от 30 с до 2 мин. Иногда для контроля правильности выполнения упражнений используют перинеометр. Он состоит из баллончика, соединенного с манометром. Больная вводит баллончик во влагалище и определяет силу мышечных сокращений во время упражнений по манометру. «Функциональные» упражнения в дальнейшем предполагают их выполнение не только в позиции релаксации, но и в ситуациях, провоцирующих НМ: при чихании, вставании, прыжках, беге.

Основное условие эффективности терапии – регулярное выполнение упражнений и врачебный контроль с постоянным наблюдением и обсуждением результатов.

Пациенткам, которые не могут идентифицировать необходимые группы мышц, рекомендуется использовать специальные устройства: влагалищные конусы, баллоны и др. Конусы имеют одинаковый размер и разную массу (от 20 до 100 г). Больная вводит конус наименьшей массы во влагалище и удерживает его в течение 15 мин. Затем используют более тяжелые конусы [8, 17].

По данным различных исследователей, количество пациенток, не способных сокращать *m. Pubococcygeus*, достигает 40% [5, 23]. Это послужило одной из причин широкого использования метода биологической обратной связи (БОС), целью которого является обучение навыкам сокращения специфических групп мышц и обеспечение обратной связи с пациенткой. Эффективность методики обусловлена ак-

тивной ролью пациенток в процессе лечения путем вовлечения зрительного (картинки, фильмы, анимация) или слухового (голосовая поддержка) анализаторов. Осуществление обратной связи может проводиться моно- и мультисканальным путем регистрации тазового дна, абдоминального и детрузорного давления [22].

Проводятся тренировки мышц тазового дна (ТМТД) в режиме БОС на видеокomпьютерном комплексе «Уропроктор». Технология использования прибора заключается во введении во влагалище специального датчика, измеряющего электромиограмму (ЭМГ) окружающих мышц. ЭМГ сигнал анализируется компьютером, который производит построение графиков на экране монитора, информируя пациентку о том, как работают мышцы промежности. Пациентка периодически напрягает и расслабляет мышцы тазового дна по командам прибора. При этом размеры кривых на мониторе увеличиваются и достигают индивидуально установленного порога. Для максимальной эффективности процедуры используют технологию мотивационного подкрепления: каждое правильно выполненное упражнение сопровождается показом фильма, слайдов и т. п. При некачественном выполнении задания все поощряющие факторы минимизируются. Курс лечения состоит из 15-20 получасовых сеансов [14].

Электрическая стимуляция также является эффективным методом лечения ГАМП. Она применяется с целью снижения чувствительности мочевого пузыря и увеличения его функциональной емкости, что достигается путем прямого или опосредованного раздражения нервных волокон слабым электрическим током [1]. Электрод вводят либо во влагалище, либо в прямую кишку, возможно использование наружных накладных электродов. Электрические импульсы подаются непрерывно или периодически. Точками приложения являются: уретральный и анальный сфинктеры, мышцы тазового дна, корешки sacralного отдела спинного мозга. В последнее время популярным методом является тиббиальная ЭС. Стимуляция афферентных волокон соматической периферической

нервной системы, входящих в состав нервных стволов, вызывает торможение парасимпатической активности тазового нерва и увеличение симпатической активности надчревного нерва, в результате чего снижается сократительная активность детрузора [21].

Основной целью медикаментозного лечения при гиперактивности детрузора является снижение его сократительной активности и увеличение функциональной емкости мочевого пузыря [9, 10, 24].

Центральными мишенями терапии являются зоны контроля мочеиспускания в спинном и головном мозге, а периферическими – мочевой пузырь, уретра, периферические нервы и ганглии. На данные структуры могут воздействовать следующие группы препаратов:

- лекарственные средства, воздействующие на ионные каналы клеточных мембран;
- антимускариновые/антихолинергические препараты, в том числе двойного миотропного спазмолитического действия;
- антиадренергические;
- трициклические антидепрессанты;
- ингибиторы синтеза простагландинов;
- аналоги вазопрессина;
- афферентные ингибиторы.

Одна из современных классификаций лекарственных средств, снижающих симптомы ГАМП, предлагает их разделение на четыре типа [20]:

1 тип – препараты, снижающие эфферентную стимуляцию детрузора (М-холинотики, альфа1-адреноблокаторы);

2 тип – препараты, повышающие ингибирующий контроль, полисинаптические ингибиторы (антидепрессанты);

3 тип – препараты, снижающие чувствительность мочевого пузыря (токсины);

4 тип – препараты, снижающие мочеобразование (аналоги вазопрессина).

М-холиноблокаторы (оксибутин, толтеродин, тропиум) признаны одними из наиболее эффективных средств, используемых для лечения ГАМП. Накоплен большой опыт их применения, а безопасность и эффективность оценена в ходе множества сравнительных, плацебо-контролируемых мультицентровых исследований.

Рекомендации Европейской Ассоциации урологов по ГАМП и императивному недержанию мочи предлагают М-холиноблокаторы в качестве первой линии терапии, а по оценке с точки зрения доказательности препараты этой группы относятся к категории «А» (высокая степень доказательности).

Основной тенденцией, характеризующей современный подход к применению оксибутинина (дриптан, оксибутин), является изменение дозировки и режима дозирования с целью снижения количества побочных эффектов. Препарат успешно применяется в дозе 3 мг/сут, предлагается схема приема оксибутинина в дозе 5 мг/сут, в случае хорошей переносимости с последующим увеличением на 2,5 мг каждые 2 нед до достижения клинического эффекта. С целью достижения максимальной эффективности и улучшения переносимости рекомендуется внутривагинальное и трансдермальное применение оксибутинина. Проводятся клинические исследования эффективности и безопасности оксибутинина замедленного высвобождения, который при равной эффективности демонстрирует более благоприятный профиль безопасности [9].

Последние клинические исследования, посвященные препарату толтеродину (детрузитол), подтвердили его высокую клиническую эффективность при симптомах ГАМП. Препарат применяется в стандартной дозировке 2 мг 2 раза в день. Многообещающей можно признать и практику толтеродин замедленного высвобождения [12, 18].

Особого внимания заслуживает также препарат троспиум (спазмекс), который, являясь четвертичным аммониевым соединением, при хорошей клинической эффективности не имеет побочных эффектов со стороны ЦНС [18, 21].

Помимо известных М-холинолитиков, на европейском рынке появляются современные селективные препараты, не так давно прошедшие плацебо-контролируемые исследования. В их числе – солифенацин, который эффективно снижает количество эпизодов ургентного недержания мочи и частоту мочеиспусканий. Доказана высокая эффективность и безопасность этого препарата (дозировка 5, 10, 20 мг 1 раз в день),

отмечен минимальный процент побочных эффектов. Исследования также показали хорошие фармакокинетические и фармакодинамические параметры этого средства на фоне высокого профиля безопасности при применении 1 раз в день. Фармакокинетика солифенацина при приеме пищи не изменяется.

По данным проспективного плацебоконтролируемого открытого двойного слепого исследования с солифенацином, проведенного во Франции, переносимость лечения этим препаратом составила 85%, а эффективность – 74%. Только у 4,7% пациенток исследования были приостановлены из-за возникновения нежелательных явлений: сухости во рту, незначительного снижения зрительного восприятия, головной боли и запоров. Все эти явления носили умеренный характер. В то же время на фоне лечения было отмечено снижение частоты мочеиспусканий и увеличение функциональной емкости мочевого пузыря при каждом мочеиспускании [16].

Эффективность солифенацина также была оценена в рандомизированном двойном плацебоконтролируемом исследовании, проводимом «Астеллас Фарма Юроп Б. В.», в котором приняло участие 98 центров. В данном исследовании, по сравнению с плацебо (32,7%), изменение количества эпизодов ургентности с дозой солифенацина 5 мг составило 51,9%, с дозой 10 мг – 54,7%, с толтеродином в дозе 2 мг 3 раза в день – 37,9%. Также было отмечено более значительное снижение эпизодов НМ у пациенток, принимавших солифенацин по сравнению с пациентками, принимавшими толтеродин. По сравнению с плацебо (8,1%) среднее число мочеиспусканий за сутки было значительно ниже у больных, принимавших толтеродин (15%), солифенацин в дозе 5 мг (17%) и 10 мг (20%). Средний объем мочеиспусканий был также выше при приеме данных препаратов, чем плацебо. Наиболее распространенным побочным эффектом у пациенток была сухость во рту. Таким образом, исходя из результатов исследования, солифенацин в дозе 5 и 10 мг при ежедневном однократном приеме более эффективно снижал ургентность и другие симптомы ГАМП, по сравнению с

толтероидом и плацебо. Отмечены также менее выраженные побочные явления [13].

Проведены исследования, в которых оценивали эффективность солифенацина при смешанном и императивном НМ по сравнению с группой больных, получавших плацебо. Установлено, что у больных со смешанным типом НМ при приеме 5 мг солифенацина эффективность лечения составила 43%, 10 мг – 49%. При императивном НМ эффективность терапии составила 55 и 54% соответственно. Отмечена также хорошая переносимость этого препарата [19].

При ГАМП с успехом могут использоваться препараты, воздействующие на симпатические рецепторы. Была показана высокая эффективность применения альфа₁-адреноблокаторов при симптомах «императивности». Полученные данные говорят о достоверной эффективности препаратов данной группы при симптомах ГАМП у женщин на фоне функциональной интравезикальной обструкции. Так, в группе наблюдений частота мочеиспусканий в сутки снизилась на 25–30%, а никтурия – на 50% [6].

Трициклические антидепрессанты (имипрамин, амитриптилин) обладают центральным и периферическим антихолинергическим и альфа₁-адренергическим действием, а также тормозящим влиянием на ЦНС.

Они воздействуют на центры контроля мочеиспускания в пояснично-крестцовом отделе спинного мозга (ядра Онуфа), в которых осуществляется интеграция активности сфинктера и мочевого пузыря. При ингибировании норадреналина повышается тонус сфинктера, а при блокаде серотонина снижается активность мочевого пузыря. Препараты эффективны при пероральном применении (150 мг/сут) у пациенток пожилого возраста с симптомами ГАМП [25].

К группе антидепрессантов относится и дулоксетин – комбинированный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина. Препарат принимается в дозе 20–40 мг 2 раза в сутки [11, 26].

В последние годы возник интерес к применению токсинов при лечении ГАМП. Токсин ботулина (торговое название botox,

disport), используемый в эстетической медицине, способен нормализовать тонус мышц путем ингибирования высвобождения ацетилхолина из нервного окончания. Показаниями к его применению являются сфинктерные дисфункции и нейрогенная гиперактивность детрузора. Токсин назначается в виде внутривезикулярных инъекций под цистоскопическим контролем. Противопоказаниями считаются инфекция мочевых путей и гиперчувствительность к препарату, хотя лишь у 2% пациентов образуются антитела к ботулотоксину [1].

Аналоги вазопрессина (4-й тип лекарственных средств) такие, как десмопрессин (минирин, эмосинт), применяются достаточно редко. Основным показанием к их применению остается смещение диуреза в сторону ночных часов (никтурия) и связанные с ним нарушения мочеиспускания. В настоящее время проводится исследование по использованию аналогов вазопрессина для коррекции императивного НМ [20].

У женщин в постменопаузе дефицит эстрогенов приводит к ряду изменений в мочеполовой системе в виде атрофии влагалища и уретры, снижения тонуса сфинктеров и повышения чувствительности мочевого пузыря, поэтому в лечении пациенток старшей возрастной группы с ГАМП определенное место должна занимать заместительная гормональная терапия [14].

Весьма эффективно у женщин этого возраста с атрофическим цистуретритом местное назначение эстриола в виде мазей, свечей, вагинальных таблеток. Наибольшее распространение получил овестин. Суточная доза 1–2 мг [2, 3, 7].

У пациенток преклонного возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями для устранения недержания мочи используют парауретральные инъекции специального геля DAM+ отечественного производства («Биофарм»). Методика эта проста, может выполняться амбулаторно и на какое-то время улучшает качество жизни больных.

При выборе метода медикаментозного лечения ГАМП необходимо принимать во внимание наличие сопутствующих заболеваний, результаты предшествующего ле-

чения, способность и возможность пациентки следовать назначениям врача.

Хирургическое лечение применяется, как правило, при стрессовом недержании мочи. В настоящее время известно около 200 операций, направленных на коррекцию НМ. Однако совершенно оправдана тен-

денция к минимизации хирургических пособий [6].

После подбора адекватной и эффективной терапии ГАМП требуется последующее диспансерное наблюдение и контрольное обследование с интервалом в 3-6 месяцев.

Литература

1. Аполихина И.А., Деев А.Д., Константинов В.В. // Материалы 6-го Российского форума «Мать и дитя». М., 2004. С. 282.
2. Балан В.Е., Есесидзе З.Т., Гаджиева З.К. Принципы заместительной гормональной терапии урогенитальных расстройств // *Consilium medicum*. 2001. Т.3. №7. С. 332-338
3. Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Гвоздев М.Ю. Опыт длительного применения препарата «Овестин» у женщин, страдающих расстройством мочеиспускания в постменопаузе // *Урология*. 2003. №1. С. 43-45.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д., Балашов В.И. Диагностика типов недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий // *Вестник Российской Ассоции Акушеров-гинекологов*. 1999. №3. С. 53-56.
5. Кулаков В.И., Аполихина И.А. // *Гинекология*. 2002. №3. С. 103-107.
6. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В. // *Урология и нефрология*. 1997. №3. С. 44-48.
7. Никифоровский Н. К., Степанькова Е. А. Клинические лекции по эндокринной гинекологии. Смоленск, 2005. 165 с.
8. Abrams P., Cardozo L., Khaury S., Wein A. // *Second International Consultation on Incontinence*. New York, 2002. P. 573-624.
9. Appell R., Anderson R. U., Gittelman M. // *Neurourol. Urodynam*. 1999. Vol.18. P. 376-377.
10. Arbitani W. // *Urology*. 1997. Vol. 50. Suppl. 6. P. 165-174.
11. Bymaster F. P., Dreshfield-Ahmad L. J. // *Neuropsychopharmacology*. 2001. Vol.25. №6. P. 871-880.
12. Chancellor M. et al. *Clin. Drug. Invest*. 2000. Feb.; 19(2); 86-87.
13. Chapple C. R., Rechberger L., Al-Shukri G. et al. // *Br. J. Urol. Int*. 2004. Vol. 93. P. 303-310.
14. Grady D., Brown J. S., Vittinghoff E. // *Obstetr. Gynecol*. 2001. Vol.97. P. 116-120.
15. Jung S. Y., Fraser M. O., Ozava H. et al. // *J. Urol. (Baltimore)*. 1999. Vol.162. №1. P. 204-212.
16. Haab F., Cardozo L., Chapple C. et al. // *Eur. Urol*. 2005. Vol.47. P. 376-384.
17. Kegel A. H. // *Am. J. Obstetr. Gynecol*. 1948. Vol. 56. P. 238-249.
18. Kerrenbroek P. V. et al. // *Urology*. 2001: 57(3); P. 414-421.
19. Kelleher C. J., Cardozo L. D., Kobashi K. // *Int Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct*. 2005. Vol. 8. P. 1-7.
20. Lai H., Boone T., Appel R. // *Rev. Urol*. 2002. Vol. 4. P. 28-37.
21. Payne C. K. Behavioral Therapy for Overactive Bladder. 2000; 55 (Suppl. 5a); 3-6.
22. Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence in Women (Cochrane review) Hay-Smith E., Bo K., Berghmans L. et al. Oxford: The Cochrane Library, 2001.
23. Schwartz G., Beatty J. Biofeedback: Theory and Research. New York, 1977.
24. Serels S., Stein M. // *Neurourol. Urodynam*. 1998. Vol. 17. P. 31-36.
25. Thor K. B. // *Urology*. 2003. Vol. 62, Suppl. 4a. P. 3-9.
26. Zinner N. R. // *Expert. Opin. Invest. Drugs*. 2003. Vol. 12. №9. P. 1559-1566.

УДК 616.31+616.126-002

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ РИСКА (обзор литературы)

О.Л. Мишутина, А.В. Федосеев

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Профилактическое применение анти-микробных препаратов подразумевает их назначение лицам без клинических и лабораторных проявлений инфекции для предотвращения ее развития. В последние годы отмечается увеличение случаев инфекционного эндокардита (ИЭ) в популяции. К сожалению, несмотря на совершенствование методов лечения, это заболевание является причиной смерти 20–45% больных, поэтому профилактика ИЭ является задачей первостепенной важности при планировании стоматологических вмешательств.

По данным ряда авторов в большинстве случаев возбудителями эндокардита являются стафилококки и стрептококки (80–90%), реже – энтерококки, резистентные к действию антибактериальных препаратов [6, 7, 8]. Необходимо помнить о том, что *любые манипуляции, нарушающие целостность слизистых оболочек* могут приводить к *бактериемии*, поэтому антибиотикопрофилактика ИЭ необходима у пациентов группы риска. Основной профилактический эффект антибиотиков заключается в *подавлении бактериального роста на приклапанных тромбах*, что позволяет иммунной системе осуществлять свою защитную функцию [1, 2, 3, 4, 6, 7]. Известно, что хронические периапикальные инфекции, пародонтит, гингивит служат источником гематогенной диссеминации микроорганизмов с вовлечением в процесс клапанов сердца.

К состояниям, требующим проведения профилактики бактериального эндокардита (Рекомендации Международного общества по химиотерапии, 1998), относятся:

Группы повышенного риска:

- искусственные клапаны сердца;

- врожденные пороки сердца, сопровождающиеся цианозом («синие» пороки);
- инфекционный эндокардит в анамнезе.

Группы обычного риска:

- патология клапанов сердца:
 - аортальная регургитация;
 - митральная регургитация;
 - аортальный стеноз;
 - пролапс митрального клапана с митральной регургитацией.
- врожденные пороки сердца (за исключением дефекта межжелудочной перегородки), не сопровождающиеся цианозом;
 - гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия.

Критерии выбора режима антибиотикопрофилактики бактериального эндокардита (Рекомендации Международного общества по химиотерапии, 1998) следующие:

режим максимальный:

- сердечная патология с высоким риском развития эндокардита;
- манипуляции на желудочно-кишечном тракте или мочевыводящих путях;
- многократные вмешательства;
- госпитализированные пациенты;
- общее обезболивание.

режим минимальный:

- сердечная патология с меньшим риском развития эндокардита;
- стоматологические процедуры;
- однократное вмешательство;
- амбулаторные пациенты;
- местная анестезия.

Профилактическое назначение антибиотиков врачом-стоматологом необходимо у пациентов группы риска *при манипуляциях, сопровождающихся кровотечением.*

Антибиотикопрофилактика показана при следующих манипуляциях:

- удаление зуба;
- дентальная имплантация;

- эндодонтические манипуляции;
- внутрисвязочная местная анестезия;
- манипуляции на пародонте, включая хирургию, удаление назубных отложений скалером, кюретаж;
- профилактическая чистка зубов или имплантата при возможном кровотечении;
- помещение пропитанных антибиотиком материалов под десну.

Антибиотикопрофилактику не проводят: при процедурах, не приводящих к кровотечению из десен, выпадении молочных зубов [7].

Больные с пролапсом митрального клапана, ранее перенесшие септический эндокардит, имеют очень высокую степень риска развития септического эндокардита.

У лиц с пролабированием митрального клапана без регургитации (обратного заброса крови) антибиотикопрофилактика септического эндокардита не проводится. В настоящее время не рекомендуется назначать антибиотики с профилактической целью при выполнении небольших, малотравматичных операций, например, при пластике уздечек губ и языка или хирургической обработке непроникающих резаных или небольших ушибленных ран лица у пациентов, не относящихся к группам риска [5, 9, 10, 11].

Режимы антибиотикопрофилактики бактериального эндокардита (Рекомендации Международного общества по химиотерапии, 1998)

	За час до процедуры	Через 6 часов после процедуры
<u>Минимальный режим</u> Нет аллергии на пенициллин	Амоксициллин – 3,0 г внутрь	Нет
Аллергия на пенициллин	Клиндамицин – 0,3 0,6 г, внутрь	Нет
Допустимые модификации	Дополнительные дозы антибиотика после процедуры Дополнительное применение аминогликозидов Парентеральное введение антибиотика	
<u>Максимальный режим</u> Нет аллергии на пенициллин	Ампициллин 2 г, в/в+ гентамицин 1,5 мг/кг, в/м, в/в	Амоксициллин 1–1,5 г внутрь
Аллергия на пенициллин	Ванкомицин 1,0 г, в/в + гентамицин 1,5 мг/кг, в/м, в/в	Ванкомицин – 1,0 г, в/в (вводить в течение 60 мин.)

Профилактика септического эндокардита, отраженная в «Федеральном руководстве для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система)» включает:

Амоксициллин 2 г за 1 час до вмешательства, дети 50 мг/кг (до 2-х лет – 20 мг/кг).

При невозможности приема внутрь *ампициллин* вводят внутривенно: взрослым – 2 г, детям 50 мг/кг за 30 минут до вмешательства.

При аллергии к пенициллину назначают *клиндамицин*: взрослым 600 мг внутрь за 1 час до вмешательства, детям – 20 мг/кг или *азитромицин (суммамед)*, либо *кларитромицин*: взрослые 500 мг внутрь за 1 час до вмешательства, дети 15 мг/кг.

При аллергии к пенициллину и невозможности приема внутрь *клиндамицин* вводят внутривенно: взрослым 600 мг, де-

там 20 мг/кг за 30 минут до вмешательства [9].

Мы полагаем, что для определения дозы антибиотика у детей в зависимости от возраста, следует руководствоваться рекомендациями Л.С. Страчунского, С.Н. Козлова, 2002, изложенными в книге «Современная антимикробная терапия» [6].

Симоненко В.Б., Колесников С.А. (1999) больным из группы риска развития ИЭ рекомендуют с профилактической целью назначать антибиотики по схеме:

а) за 1 час до стоматологического вмешательства 3 гр. ампициллина внутрь и 1,5 гр. через 6 часов после операции;

б) при аллергии на препараты пенициллинового ряда рекомендуют эритромицин по 1 гр. до стоматологического вмешательства и 0,5 гр. через 6 часов после операции. При рассечении и дренировании ран кожи

и мягких тканей продолжительность курса 7–10 дней [4].

А. Камерон, Р. Уидмер (2003) рекомендуют у детей без аллергии на пенициллин применять антибиотики перорально: амоксициллин 50 мг/кг за 1 час до процедуры. Если имеется аллергическая реакция на пенициллин используют клиндамицин 10 мг/кг перорально или 5 мг/кг внутривенно 6 часов спустя. Если операция проводится под общим обезболиванием, рекомендуется ампициллин или амоксициллин 50 мг/кг внутривенно непосредственно перед процедурой, затем 20 мг/кг через 6 часов после хирургического лечения [5].

Исследованиями ряда авторов [1, 2, 7] установлено, что рациональное применение

антибиотиков с профилактической целью, позволяет существенно снизить число послеоперационных осложнений, сократить сроки госпитализации больных и уменьшить стоимость лечения. В связи с тем, что в настоящее время в литературе нет единой точки зрения на проведение антибиотикопрофилактики ИЭ при проведении стоматологических вмешательств у пациентов группы риска, специалисты должны руководствоваться рекомендациями международного общества по химиотерапии, схемами, приведенными в Федеральном руководстве для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система).

Литература

1. Белов Б.С. Инфекционный эндокардит. Лечение и профилактика // Инфекция и антимикробная терапия. 2000. Том 2. №5. С. 149–154.
2. Браш Д. Современный взгляд на рекомендации по антибиотикопрофилактике инфекционного эндокардита // Новости МРПА: Выпуск 3, 2000.
3. Демин А.А., В.П. Дробышева. Диагностика и лечение инфекционного эндокардита КМАХ. 2000. Том 2. №3. С. 1–19.
4. Мишутина О.Л., Молоканов Н.Я. Особенности оказания стоматологической помощи детям с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца // Материалы XII и XIII научно-практических конференций и труда IX съезда стоматологической ассоциации России. 2004. С. 453–455.
5. Справочник по детской стоматологии / Под редакцией А. Камерона, Р. Уидмера. Перевод с английского под редакцией Т.Ф. Виноградовой, Н.В. Гинали, О.З. Топольницкого. 2003. 287 с.
6. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей. М.: Боргес, 2002. С. 404–407.
7. Царев В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная терапия в стоматологии: Руководство. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. 144 с.
8. Уолтон Р., Зерр М., Петерсон Д. Антибиотики в стоматологии: благо или зло? // Новости МРПА: Выпуск 3. 2000.
9. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. 2. 2001.
10. Cordas T.A., Rossi E.G., Grinberg M. et al. Mitral valve prolapse in subjects with thoracic skeletal abnormality – a prospective study // Am. Heart J. 1979. Vol. 97. P. 309–311.
11. Gewitz M.H. Prevention of bacterial endocarditis // Curr. Opin. Pediatr. 1997. Vol. 9. №5. P. 518–22.

УДК 616.71-007.234; 616.61

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

О.А. Решетников

МЛПУ «Городская клиническая больница №1»
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

В литературе имеются разноречивые данные о диагностических возможностях ультразвуковой денситометрии и рентгеновской абсорбциометрии в выявлении изменений плотности костной массы у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), находящихся на лечении программным гемодиализом (ПГД) [1, 2, 4, 6]. Кроме того, недостаточно исследований о возможностях мониторинга этими двумя методами динамики остеопении и остеопороза [5, 7, 9, 10].

Материал и методы

В 2005–2007 гг. на базе отделения хронического гемодиализа проведена пятикратная комплексная денситометрия: рентгеновская абсорбциометрия дистальных костей предплечья на аппарате DTS-200 (Дания), ультразвуковая (УЗ)-денситометрия пятки и дистальных костей предплечья аппаратом «Остеодин» фирмы Биосс (Россия) и УЗ-денситометрия дистальных костей предплечья и фаланги 3 пальца кисти на аппарате «Омнисепс-7000» (Израиль). Кратность денситометрии составила 1 раз в 6 месяцев, оценивался Т-критерий как величина отклонения от пиковой костной массы. Обследовано 96 пациентов: 47 мужчин (48,9%) и 49 женщин (51,1%), средний возраст $47,7 \pm 10,8$ лет, диализный возраст $54,9 \pm 39,5$ мес. Всем пациентам проводился бикарбонатный диализ 3 раза в неделю на аппаратах «Innova».

Обработку результатов проводили методами математической статистики Statistica for Windows v5.5a. Структура причин терминальной ХПН распределена следующим образом: 72,92% (n-70) гломерулонефрит, 13,54% (n-13) поликистоз,

На настоящем этапе важным является не столько констатация факта снижения плотности костной массы у больных с ХПН, находящихся на ПГД [2, 3, 8], а оптимизация алгоритма раннего выявления этого процесса с позиции экономической и диагностической эффективности.

Цель исследования: оценить эффективность комбинации рентгеновской абсорбциометрии и УЗ-денситометрии в выявлении и мониторинговании остеопороза и остеопении у пациентов, находящихся на ПГД.

6,25% (n-6) диабетическая нефропатия, 4,17% (n-4) пиелонефрит и в остальных случаях – 3,12% (n-3) гипоплазия, синдром Альпорта.

Рентгеновская абсорбциометрия дистальных костей предплечья «недоминантной» руки – у правой левой руки, у левшей правой руки (в других исследованиях это правило повторяется) проводилась в положении сидя. Рука, согнутая в локте под углом 90 градусов, укладывалась локтевой поверхностью предплечья в специально отведенное углубление на поверхности аппарата, пальцы кисти обхватывали вертикальный шток и сжимались в кулак.

УЗ-денситометрия пяточной кости «недоминантной» ноги аппаратом «Остеодин» проводилась в положении сидя. Стопа устанавливалась на подставку, выбираемую в зависимости от размера обуви (от №1 до №3), плотно прилегая к ней, упираясь пяточной костью в перпендикулярный ограничитель. Сдвигаемые с двух сторон ультразвуковые датчики обрабатываются гелем для плотного контакта с кожей и исключения воздушной прослойки (в дру-

гих ультразвуковых исследованиях это правило повторяется).

УЗ-денситометрия дистальных костей предплечья «недоминантной» руки аппаратом «Остеодин» проводилась в положении сидя. Рука, согнутая в локте под углом 90 градусов, укладывалась локтевой поверхностью предплечья на поверхность аппарата. Выбиралась точка на границе нижней и средней трети предплечья (измерялось расстояние между шиловидным отростком локтевой кости и локтевым отростком, делилось на три), куда сдвигались с двух сторон ультразвуковые датчики (предварительно обработанные гелем).

УЗ-денситометрия лучевой кости и фаланги 3 пальца кисти «недоминантной» руки аппаратом «Омнисепс-7000» проводилась в положении сидя. Рука, согнутая в локте под углом 90 градусов, укладывалась лок-

тевой поверхностью предплечья на поверхность аппарата. Датчик располагался на половине расстояния от локтя до ногтевой фаланги среднего пальца кисти. Движения датчика (предварительно обработанного гелем) проводились параллельно кости, захватывая от 30 до 60° общего диаметра нижней трети предплечья. Исследование проводилось трёхкратно, выбиралось среднее значение. Данная стандартная методика применялась при исследовании первой фаланги среднего пальца кисти.

Тестирование аппаратов производилась ежедневно, перед началом работы. Оценка по Т-критерию распределялась по 5 градациям стандартных девиаций (SD): больше нормы ($T > 1,0$ SD); норма (T от -1 до 1 SD); остеопения (T от -2 до -1 SD); остеопороз (T от $-2,5$ до -2 SD); тяжёлый остеопороз ($T > -2,5$ SD), осложнённый остеопороз (с переломами) ($T < -2,5$ до -2 SD).

Результаты исследования и их обсуждение

По данным рентгенологической абсорбциометрии средним показателем Т-критерия в исследовательской группе был $-1,32 \pm 0,19$ SD; из них норма составляла 20,83% (n-20); остеопения – 41,67% (n-40); остеопороз – 18,75% (n-18); осложнённый остеопороз – 1,04% (n-1); выраженный остеопороз – 17,71% (n-17).

При анализе данных УЗ-денситометрии пятки (за 6 месяцев) наблюдалось нарастание остеодистрофии с показателями $T_{\text{сред}}$: с $-1,0 \pm 0,14$ SD до $-1,72 \pm 0,2$ SD, норма с 38,54% (n-37) уменьшилась до 17,71% (n-17); остеопения снизилась с 51,04% (n-49) до 44,79% (n-43). Увеличилось количество остеопороза у больных: с 10,42% (n-10) до 37,5% (n-36).

По данным УЗ-денситометрии предплечья (за 6 месяцев) также наблюдалась тен-

денция к снижению Т-критерия: с $-1,72 \pm 0,23$ SD до $-1,84 \pm 0,21$ SD. Также снижалось количество больных с нормальной пиковой костной массой: с 26,04% (n-25) до 14,58% (n-14) и пациентов с остеопенией: с 51,04% (n-49) до 47,92% (n-46). Соответственно увеличилось количество больных с остеопорозом с 6,25% (n-6) до 19,79% (n-19) и с Т-критерием от $-2,5$ SD и ниже: от 16,67% (n-16) до 17,71% (n-17).

В анализе данных УЗ-денситометрии фаланги 3 пальца кисти выявлен Т-критерий средний $-1,98 \pm 0,24$ SD, где норма составляла 14,58% (n-14); остеопения 50% (n-48); остеопороз с T от -2 до $-2,5$ SD 12,50% (n-12); остеопороз с T от $-2,5$ SD составлял 22,92% (n-22).

Заключение

Таким образом, полностью подтверждается высокая чувствительность к выявлению остеопении и остеопороза у больных с терминальной ХПН, находящихся на ПГД как рентгенологической абсорбциометрии, так и УЗ-денситометрии. Наблюдается нарастание остеодистрофических процессов, имеющих различную

степень выраженности: большие патологические изменения в губчатых костях и меньшие в трубчатых. Целесообразно уменьшить время повторного проведения денситометрии с рекомендуемых ВОЗ 1 раз в 12 месяцев до 1 раза в 6 месяцев до своевременной коррекции патологического процесса.

Литература

1. Лоренс Риггз Б., Джозеф Мелтон Л.П. Остеопороз. Этиология, диагностика, лечение / Перевод с англ. под общей ред. д.м.н. проф. Е.А. Лепарского. БИНОМ. – Невский диалект, 2000.
2. Ильин А.П. Актуальные синдромы отягощающие течение ХПН у больных находящихся на лечении программным гемодиализом: диагностика, лечение, прогноз. «Корпорация технологий продвижения». Ульяновск, 2002.
3. Ветчинникова О.Н., Губкина В.А., Мылов Н.М., Древань А.В. Состояние костной ткани у больных терминальной почечной недостаточностью на перитонеальном диализе // Остеопороз и остеопатии. 2003. № 3. С. 10–13.
4. Петак С.М. Денситометрия: интерпритация результатов исследования. Методические указания международного общества клинической денситометрии // Остеопороз и остеопатии. 2004. № 2. С. 11–13.
5. Родионова С. С., Морозов А.К. Возможности и ошибки неинвазивной количественной оценки массы костной ткани для диагностики остеопороза // Остеопороз и остеопатии. 2005. №1. С. 41–45.
6. Под редакцией проф. Беневоленской А.И., проф. Лесняк О.М. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации // Российская ассоциация по остеопорозу: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
7. JSCD positions // J.Clin. Densitometry. 2004. Vol. 7. № 1.
8. Stewart A., Reid D.M Quantitative ultrasound in osteoporosis // Semin. Musculosklet. Radiol. 2002. Vol.6. №3. P. 229–232.
9. Marin F., Lopez-Dastida J. P., Diez-Perez A., Sacristan J.A. Bone mineral density referral for dual-energy X-ray absorptiometry using quantitative ultrasound as a prescreening tool in postmenopausal women from the general population: a cost – effectiveness analysis // Calcif. Tissue Int. 2004. Vol.74. №3. P. 277–283.
10. Pearson D., Masund T., Sahota O. et al. A comparison of calcaneal dual-energy X-ray absorptiometry and calcaneal ultrasound for predicting the diagnosis from hip and spine bone densitometry // J. Clin. Densitometry. 2003. Vol.6. №4. P. 345–352.

УДК 617.52/53-002.36

РЕДЧАЙШИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Н.Ф. Руцкий, В.Н. Боровой

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
ОГУЗ «Смоленская областная клиническая больница»

За последние 40 лет в жизни коллектива клиники челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы (СОКБ) ещё не было такого случая, о котором хочется рассказать ...

24 января 2006 года в отделение челюстно-лицевой хирургии из одного района области поступил больной С., 46 лет, с диагнозом – флегмона дна полости рта. Болен 4 дня, за медицинской помощью не обращался. Был осмотрен по дежурству терапевтом, неврологом, реаниматологом. Через 2 часа после поступления под общим обезболиванием был вскрыт гнойник, получен гной, и больной был доставлен в отделение реанимации. Подобные клинические

случаи нередки в работе отделения. Редчайшая особенность данного клинического наблюдения заключалась в том, что пациент в течение нескольких лет страдал хронической почечной недостаточностью, и при поступлении у него была терминальная стадия её – анурия. Поэтому невозможно было в полном объеме проводить один из важных компонентов комплексной терапии – дезинтоксикационное лечение.

До госпитализации в СОКБ больной в течение длительного времени наблюдался и получал лечение в отделении гемодиализа клинической больницы №1 г. Смоленска.

В последующем флегмона дна полости рта осложнилась развитием серозного

медиастинита. Торакальным хирургом 26.01.06 г. проведена видеоторакоскопическая медиастинотомия с дренированием правой плевральной полости. Больной консультировался заведующим отделением гемодиализа, который определил противопоказания для проведения гемодиализа. В отделении реанимации пациенту проводилась интенсивная адекватная медикаментозная терапия. Основной обмен поддерживался введением 5% р-ра глюкозы и плазмы крови. Больной наблюдался челюстно-лицевым хирургом, торакальным хирургом, дважды в сутки делались перевязки. К счастью для пациента, воспалительный процесс в челюстно-лицевой области и средостении купировался, и 1.02.06

он был переведен в отделение гемодиализа. По полученным сведениям больной жив до настоящего времени ...

Описание данного клинического наблюдения важно с деонтологической точки зрения. Вспоминается в этой связи описание Е.И. Лихтенштейном предсмертных просьб английской королевы Елизаветы, которая перед смертью уверяла своего врача, что «готова отдать ему всё своё богатство только ... за один день жизни».

Действия врачей в данном клиническом случае не оставляют никаких сомнений в правомерности и высокой гуманности их поступков. Они боролись за жизнь больного, пока оставалась хоть малейшая надежда на спасение.

Литература

1. Лихтенштейн Е.И. Помнить о больном. Киев: «Вища школа», 1978.

УДК 616.12:616.71-007.234

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА (обзор литературы)

Н.Ю. Хозяинова, Т.В. Брук

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
ГУЗ «Смоленская областная клиническая больница»

В последние годы внимание исследователей обращено к изучению роли нарушений кальциевого гомеостаза в развитии атеросклероза, ИБС, артериальной гипертонии. W.Browner et al. на основании эпидемиологического исследования 9700 женщин в возрасте старше 65 лет обнаружили, что каждое снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) на одно стандартное отклонение от нормы увеличивает риск преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 40% в течение последующих 2 лет. Выявлено, что частота фатального геморрагического или ишемического инсульта увеличивалась на 60% у пожилых женщин при снижении МПКТ. При анализе мультифакториальной модели, которая включала известные предикторы сердечно-сосудистой смертности

(АГ, сахарный диабет, курение, ожирение), эта связь не теряла силы и достоверности. Примечательно, что снижение МПКТ ассоциировалось с риском развития инсульта в большей степени, чем повышение АД [2, 4]. С другой стороны, по данным ряда авторов адекватный прием кальция ассоциируется с достоверным снижением систолического АД [11].

У женщин в постменопаузе при снижении МПКТ обнаружено увеличение отложения кальция в коронарных артериях, по данным компьютерной томографии. В нескольких исследованиях было установлено, что у женщин с остеопорозом кальцификация аорты развивается чаще, чем у лиц с нормальной МПКТ по данным остеоденситометрии [2]. У больных с атеросклеротическим поражением сосу-

дов нижних конечностей наблюдается снижение МПКТ пораженных конечностей. Примечательно, что аортальный кальцификат состоит из тех же компонентов, что и нормальная кость, – солей кальция и фосфата, связанных с гидроксиапатитом. В опытах *in vitro* была обнаружена гиперэкспрессия костноформирующих факторов, таких как остеокальцин, матриксный *Gia* белок, остеопонтин, костный морфогенный белок, коллаген в атеросклеротической бляшке у человека [12]. Становится очевидным, что именно дефицит кальция и витамина D является общим механизмом, определяющим прогрессирование не только остеопороза, но и внекостной кальцификации, в том числе в сосудистой стенке [1]. Вследствие этого наиболее перспективным является поиск общих патофизиологических особенностей заболеваний, в основе которых лежат нарушения обмена кальция и их профилактика [3, 5, 7].

В Центральном НИИ гастроэнтерологии группой исследователей под руководством профессора Л.Б. Лазебника изучалась взаимосвязь между поражением сердечно-сосудистой системы и выраженностью остеопороза у пациентов старше 65 лет. Методом линейной регрессии было установлено, что степень остеопороза сильнее всего коррелирует с нарушением диастолической функции сердца и высотой АД, была выявлена прямая корреляция также с выраженностью сердечной недостаточности и обратная – с величиной фракции выброса. Полученные результаты нашли отражение в других исследованиях [2, 7, 11]. Так, в исследовании SOF было продемонстрировано, что у лиц с повышенным АД потеря минеральной плотности кости шла вдвое быстрее, в Роттердамском исследовании – чем выше МПКТ, тем ниже было диастолическое АД [10].

У женщин уже в ранний период менопаузы отмечается тенденция к отрицательному балансу кальция, который связывают с увеличением потери кальция с мочой на фоне натрийзависимого нарушения почечной реабсорбции кальция и снижением абсорбции кальция в кишечнике [12]. Кроме того, прием 1 г кальция в вечерние часы у женщин в ранний период менопаузы при-

водит к подавлению костной резорбции (по экскреции пиридинолина и дезоксипиридинолина). Следует подчеркнуть, что у женщин в пре- и постменопаузальном периоде отмечаются циркадные колебания костной резорбции с максимальной выраженностью в ранние утренние часы, отражающие циркадные колебания синтеза паратиреоидного гормона (ПТГ). Кроме того, в постменопаузе наблюдаются ПТГ-независимые дефекты функции почек, обеспечивающей сохранение кальция в организме, которые также поддаются коррекции при приеме адекватного количества кальция [9].

Даже при «физиологическом инволютивном процессе» сердечнососудистая система претерпевает значительные изменения, которые связаны с обменом кальция и заключаются в тенденции к повышению АД, увеличению гипертрофии миокарда левого желудочка, уменьшению эластичности артерий. Все эти патологические процессы объединяет нейрогуморальный дисбаланс с преобладанием влияния РААС, САС, эндотелина и вазопрессина. Противостоят им вазодилатирующие, диуретические и антипролиферативные факторы – оксид азота, брадикинин, простаглицлин и др. Патогенетические механизмы, участвующие в кальцификации сосудов, до конца не ясны. Кроме перечисленных нейрогормональных систем, предполагается участие медиаторов, регулирующих ремоделирование костной ткани, таких как эстрогены, ПТГ, витамин D, кальцитонин, ангиотензинпревращающий фермент, окисленные липопротеиды низкой плотности [4, 7].

ПТГ является мощным гипертензивным фактором, повышающим содержание свободного ионизированного кальция в цитоплазме гладких миоцитов сосудистой стенки за счет влияния на рецепторзависимые кальциевые каналы плазматической мембраны. Через эти каналы кальций начинает входить в клетку из внеклеточной среды по градиенту концентрации. В результате происходит повышение тонуса сосудов мышечного типа, усиление их реакции на вазопрессорные вещества, что проявляется увеличением ОПСС – одним из

механизмов повышения АД. Увеличение концентрации ионов кальция в цитоплазме гладких миоцитов способствует усилению митотической активности, что приводит к формированию атеросклеротических бляшек в сосудах эластического и смешанного типа. При этом ПТГ обладает способностью ингибировать активность ферментов, регулирующих синтез липопротеидов [9]. Примечательно, что у больных хронической почечной недостаточностью наблюдается ускоренное развитие атеросклеротического поражения сосудов, связанного с нарушением метаболизма кальция и гиперпродукцией ПТГ [1, 7, 8]. Активные метаболиты витамина D подавляют экспрессию рецепторов на миоцитах и макрофагах, участвующих в захвате липопротеидов низкой плотности [6].

Особый интерес представляют данные о том, что окисленные липопротеиды, как и тромбоцитарный фактор роста- β стимулируют минерализацию опосредованную как

костными остеобластами, так и остеобластоподобными клетками, изолированными из кальцифицированной сосудистой стенки. Это дало основание предположить, что окисленные липопротеиды не только принимают участие в развитии атеросклероза, но и стимулируют дифференцировку остеобластоподобных клеток в стенке сосудов [1, 9].

Недавно были обнаружены высокоспецифичные рецепторы к АТ II на остеокластах, стимуляция которых при активации РААС приводит к повышению функциональной активности резорбирующих клеток, ускоренной потере костной ткани [2, 8, 11].

Таким образом, в настоящее время есть основания признать существование общих механизмов развития сердечно-сосудистых заболеваний и остеопенического синдрома, изучение которых приобрело масштаб междисциплинарной проблемы и продолжается активными темпами.

Литература

1. Маличенко СБ. Постменопаузальный симптомокомплекс: роль кальция и витамина D в развитии, профилактике и лечении клинических проявлений эстрогенного дефицита // *Consilium Medicum*. 2005. Том 7. №8. С. 1464-1475.
2. Маличенко СБ., Колосова И.Р., Варежкина И.А. Первичный остеопороз: взаимосвязь патологии костной и сердечно-сосудистой системы у пожилых // *Consilium Medicum*. 2004. Том 6. №12. С. 1032-1043.
3. Морман Д., Хеллер Л. Физиология сердечно-сосудистой системы. СПб.: ПИТЕР, 2000. 250 с.
4. Насонов Е.Л. Остеопороз и заболевания сердечно-сосудистой системы // *Кардиология*. 2002. №3. С. 80-82.
5. Руководство по артериальной гипертензии / Под редакцией академика Е.И. Чазова, профессора И.Е. Чазовой. М.: Медиа Медика, 2005. 784 с.
6. Руководство по остеопорозу / Под редакцией доктора медицинских наук, профессора Л.И. Беневоленской. М.: БИНОМ, 2003. 523 с.
7. Banerjee P., Clark A.L., Cleland J.G. Diastolic heart failure: a difficult problem in the elderly // *Am J Geriatr Cardiol*. 2004. Vol. 13 (1). P. 16-21.
8. Kenchaiah S., Pfeffer M. Cardiac remodeling in systemic hypertension // *Med Clin North Am*. 2004. Vol 88 (1). P. 115-130.
9. Krousel-Wood M.A., Muntner P., He J. Primary prevention of essential hypertension // *Med Clin North Am*. 2004. Vol. 88 (1). P. 223-238.
10. Legedz L., Rial M.O., Lantelme P. Markers of cardiovascular remodeling in hypertension // *Arch Mai Coeur Vaiss*. 2003. Vol. 96 (7-8). P. 729-733.
11. Onwuanyi A.E., Clarke A., Vanderbush E. Cardiovascular disease mortality // *J. Natl Med Assoc*. 2003. Vol. 95(12). P. 1146-1151.
12. Safar M.E., Smulyan H. Hypertension in women // *Am J Hypertens*. 2004. Vol. 17(1). P. 82-87.

СОДЕРЖАНИЕ

ИСТОРИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАФЕДР	3
Руцкий Н.Ф. Роль профессора А.Г. Шаргородского в развитии стоматологической службы на Смоленщине	3
Цепов Л.М. Вклад сотрудников кафедры терапевтической стоматологии в развитие специальности	5
Гинали В.Н. Творческий путь и вклад в развитие ортопедической стоматологии профессора А.Т. Бусыгина	8
Гинали В.Н., Котомиц Б.В. Кафедре стоматологии детского возраста 30 лет	10
Родионов Н.Т. Совершенствование учебного процесса на профильных кафедрах стоматологического факультета	13
Остапенко В.М., Коноплева Е.Л., Нагорная С.В. К истории развития зубоврачевания в дореволюционном Смоленске	17
Мишунин Ю.В., Назаров Н.А., Богданова Л.Е., Войковский О.В. Эволюция анестезиологической тактики в амбулаторной стоматологии	19
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	21
Волченкова Г.В., Загороднова В.П., Степаненкова И.В. Комбинированный метод временного пломбирования корневых каналов зубов у больных деструктивными формами периодонтита	21
Голева Н.А., Цепов Л.М., Николаев А.Н., Сорокина Н.В. Диагностика заболеваний пародонта на амбулаторном приеме (по данным анкетирования врачей-стоматологов двух регионов)	23
Купреева И.В. Оценка иммунного статуса у больных бронхиальной астмой при стоматологических заболеваниях	26
Орехова Н.С. Формирование взаимоотношений врача-стоматолога с беременными женщинами для профилактики и лечения заболеваний пародонта	28
Цепов Л.М. Совершенствование профилактики воспалительных заболеваний пародонта требует пересмотра концепции факторов риска	32
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	35
Андрюшенкова Н.А., Кузьмина Е.В. Применение плазменных потоков в комплексном лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области	35
Боровой В.Н., Барановский В.О. Анализ результатов лечения пациентов с переломами мышечкового отростка нижней челюсти методом остеосинтеза с реплантацией	39
Владыченкова Т.Н., Дмитриенко Е.В., Журавлева Я.А. Анализ заболеваемости калькулезным сиаладенитом по данным отделения челюстно-лицевой хирургии СОКБ	42
Дурново Е.А., Беспалова Н.А., Орлиская Н.Ю. Морфологическая характеристика течения послеоперационного периода заживления тканей пародонта при использовании перфторана в комплексном лечении пародонтита	44
Дурново Е.А., Янова Н.А., Хомутишников Н.Е., Мишина Н.В. Использование местной озонотерапии на послеоперационном этапе лечения доброкачественных новообразований слизистой оболочки полости рта	46
Казakov А.В. Изучение характера изменения структуры костной ткани вокруг функционирующих имплантатов	49
Карелива А.Н., Забелин А.С. Современный подход к послеоперационному обезболиванию в челюстно-лицевой хирургии (обзор литературы)	51
Киселева Е.И., Полякова В.В. Сравнительная оценка применения плазмы, обогащенной тромбоцитами и коллапан-л гранул при хирургическом методе лечения заболеваний пародонта	54

Ковалева Н.С., Зузова А.П. Анализ фармакотерапии пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в амбулаторных условиях	56
Ковалева Н.С., Забелин А.С. Особенности микрофлоры и антибиотикотерапии при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (обзор современной литературы)	58
Коротких Н.Г., Ходорковский М.А., Петров Б.В. Реабилитация пациентов с пострезекционными дефектами дна полости рта и языка	63
Кузьмина Е.В., Кузнецов А.И., Кондрашина А.В. Имобилизированные ферменты в комплексном лечении больных с фурункулами лица	65
Листратенков К.В. Анализ повреждений костей лицевого скелета по данным отделения челюстно-лицевой хирургии СОКБ	67
Мишунин Ю.В., Богданова Л.Е., Дорошенко Д.А., Степанов В.Н., Обухов В.А., Шаповал Д.В. К вопросу об адекватности анестезии мепивакаином	69
Морозов А.Н., Макарова Е.Ю. Современные аспекты диагностики и лечения обструктивной патологии больших слюнных желез	71
Ольшанский М.С., Коротких Н.Г., Щербинин А.С. Современные малоинвазивные методы лечения ангиодисплазий лица и шеи	74
Полякова В.В., Бочаров А.В. Применение аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами при отсроченной двухэтапной имплантации	76
Руцкий Н.Ф. К вопросу о метастазировании базальноклеточного рака кожи лица	78
Руцкий Н.Ф., Зузова О.Н., Руцкий А.Н. Пре- и постсептальные орбитальные осложнения воспалительных заболеваний окологлазничных тканей лица и верхнечелюстной пазухи	80
Тюрин С.В., Мялина В.С., Бабичева Т.Г. Эффективность магнито-лазеротерапии стоматологических заболеваний	83
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	85
Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Ковалева И.А., Гелетин П.Н., Поликарпова Н.А. Особенности деонтологии при протезировании зубов у пациентов пожилого и старческого возраста	85
Адаева И.А. Алгоритм планирования и лечения перекрывающимися съёмными протезами	88
Кириллова Л.А., Кириллов С.К., Ратникова С.П., Шершвева А.П. Диагностика гальваноза в полости рта пациентов с несъёмными металлическими протезами	90
Ковальков В.К., Кузьменков А.Н. Восстановление полностью разрушенных коронок зубов	93
Смердова Г.Г., Морозова Г.А., Бомштейн В.Л., Рябцев В.М. Сравнительная характеристика частичных съёмных протезов с металлическим и пластмассовым базисами	95
Шашмурина В.Р., Царёв В.Н. Динамика микробной флоры полных съёмных протезов в течение адаптационного периода	97
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	102
Анохина И.В., Макаренкова Л.В. Заболеваемость детей острым неспецифическим лимфаденитом лица и шеи по данным отделения ЧЛХ СОКБ	102
Василевский С.А., Гинали Н.В., Евневич Е.П. Моделирование конструктивного прикуса как методика прогнозирования объема и результата ортодонтического лечения	104
Гинали Н.В., Евневич Е.П., Тюрин Т.В. Профилактика кариеса зубов при ортодонтическом лечении	106
Калужская С.М., Макаренкова Л.В. Зубосодержащие кисты челюстей у детей и подростков	108
Кузьминская О.Ю., Степаненко Г.Л., Казакова И.С. Эффективность герметизации фиссур постоянных зубов у детей по результатам работы кабинета профилактики	110
Рутковская Л.В. Сравнительная оценка эффективности разных видов герметиков для профилактики кариеса постоянных зубов у младших школьников г. Смоленска	111

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	114
Аветисян А.Я. Некоторые показатели стоматологической заболеваемости военнослужащих Министерства обороны РФ и оказания им медицинской помощи (2001–2004 гг.)	114
Аветисян А.Я. Организационно-методические аспекты контроля качества стоматологической помощи в современных условиях	116
Басова Г.А., Лукашова М.А. Учет работ и услуг при лечении больных с основными стоматологическими заболеваниями в системе ОМС	120
Зубакин И.С., Басова Г.А. Ресурсное обеспечение стоматологической службы Смоленской области	126
Коротких Н.Г., Шалаев О.Ю., Бут Л.И. Методологические подходы к совершенствованию диагностики и лечения стоматологических заболеваний	131
Поликарпов В.М., Поликарпова Н.А., Басова Г.А. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области по данным стоматологической поликлиники г. Гагарина	134
РАЗНОЕ	137
Борсуков А.В., Власов А.Н. Результаты малоинвазивных вмешательств очаговых образований цитовидной железы при помощи ультразвуковой навигации	137
Гринев А.В., Никифоровская Н.Н. Консервативное лечение недержания мочи у женщин (обзор литературы)	138
Мишутина О.Л., Федосеев А.В. Профилактика инфекционного эндокардита при стоматологических вмешательствах у пациентов группы риска (обзор литературы)	144
Решетников О.А. Усовершенствование методики комплексной денситометрии у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся на лечении программным гемодиализом	147
Руцкий Н.Ф., Боровой В.Н. Редчайший клинический случай	149
Хозяинова Н.Ю., Брук Т.В. Влияние заболеваний сердечно-сосудистой системы на развитие остеопороза (обзор литературы)	150

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В "Вестнике Смоленской медицинской академии" публикуются научные статьи, краткие научные сообщения по вопросам биологии и медицины, статьи, посвященные проблемам педагогики высшей медицинской школы, материалы для молодых специалистов, аспирантов, ординаторов, студентов.

Требования по оформлению научных статей: объем – 4–5 стр. через 1 интервал. В статье должны найти отражения: постановка вопроса, описание методов исследования, характеристика полученных результатов, их обсуждение, выводы или заключения. В статью можно включать простые штриховых черно-белые рисунки (формат *.tiff), таблицы. Цветные иллюстрации не принимаются. Размер рисунков, таблиц – не более половины стандартной страницы. Список литературы оформляется по алфавиту в соответствии с действующим стандартом (см. образец). Все материалы, включая иллюстрации, представляются в виде компьютерного файла, выполненного в среде WinWord 6–7 (шрифт основного текста – Times New Roman суг., № 14, стиль – обычный, поля со всех сторон – 2,5 см), а также в виде распечатанного текста (1 экз.). Не допускается построение графиков, рисунков средствами текстовых редакторов, а также ввод графиков, рисунков в текст статьи в режиме "Вставка-кадр", вводить только в режиме "Правка-вставить". К статье, подписанной всеми авторами, визированной заведующим кафедрой, должно быть приложено краткое резюме (3–4 предложения, ключевые слова).

Требования по оформлению кратких сообщений: объем – 1 стр. без иллюстраций и указателя литературы. Материалы представляются в виде компьютерного файла, выполненного в среде WinWord 6–7 (шрифт основного текста – Times New Roman суг., № 14, поля со всех сторон – 2,5 см), а также в виде распечатанного через 1 интервал текста (1 экз.) с подписями авторов и визой заведующего кафедрой.

Ответственность за достоверность всех фактов, изложенных в статьях, достоверность ссылок на источники, правильность оформления списка bibliографии, орфографию несут авто-

ры статей, заведующие кафедрами, представившие работу к публикации. Редколлегия оставляет за собой право изменения, сокращения объема статей по своему усмотрению, а также их дополнительного рецензирования.

Стандарт оформления статьи

УДК 612.078.89

К методике регистрации вызванных потенциалов у человека

А.О. Аверченкова

Смоленская государственная медицинская академия

Вызванный потенциал (рис. 1) – закономерный биоэлектрический ответ, наблюдаемый на электроэнцефалограмме при однократном воздействии раздражителя [1] ...



Рис. 1. Усредненный с помощью ЭВМ вызванный потенциал соматосенсорной коры

Литература

1. Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. – М.: Медицина, 1968. – 540 с.
2. Бюзе П., Эмбер М. Сенсорные проекции в моторной коре кошек // Теория связи в сенсорных системах. – М.: Мир. – 1964. – С. 214–229.
3. Платонов И. А., Яснецов В. В. Влияние фракций тимозина на развитие токсического отека-набухания головного мозга // Бюл. exper. биол. – 1994. – №3. – С. 290–291.
4. Платонов И. А. Фармакологическое обоснование применения ряда нейролептиков и регуляторных пептидов при отеке-набухании головного мозга: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1995. – 15 с.
5. Evarts E. V., Bizzi R., Burce R. E., DeLong M., Thach W. T. Central control of movement // Neurosci. Res. Program. Bull. – 1977. – V. 9, №2. – P. 129–135.