

**ВЕСТНИК СМОЛЕНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
2010, № 2**

**Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной
стоматологии», посвященная 80-летию профессора, заслуженного деятеля
науки РФ, почетного профессора СГМА
Шаргородского Аркадия Григорьевича**

Учредитель

Государственное образовательное учреждение высшего и 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 г.

Главный редактор

И.В. Отвагин

Редакционная коллегия:

Аболмасов Н.Г., Богачев Р.С., Забелин А.С., Грачева А.Г., Иванян А.Н., Касумьян С.А.,
Козлова Л.В., Козырев О.А., Литвинов А.В., Милягин В.А., Молотков О.В., Плешков В.Г.,
Пунин А.А., Правдивцев В.А., Прилепская В.Н., Соловьев А.С., Цепов Л.М., Юдельсон Я.Б.

Научный редактор

А.С. Забелин

Ответственный секретарь

Е.В. Кузьмина

Технический редактор:

А.В. Быстрова

Редакционно-издательский отдел

В.М. Остапенко

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

Формат 60×84/8. Гарнитура «Journal».
Зак. № 3682. Тираж 150 экз.

Отпечатано

ОАО «Смоленская городская типография», 214000, г. Смоленск, ул. Маршала Жукова, 16,
тел.: 59-99-07, 38-28-65, 38-14-53.



ШАРГОРОДСКИЙ АРКАДИЙ ГРИГОРЬЕВИЧ
(1930–2006)

**Заслуженный деятель науки РФ, профессор, доктор медицинских наук,
почетный профессор ГОУ ВПО СГМА**

РОЛЬ ПРОФЕССОРА А.Г. ШАРГОРОДСКОГО В РАЗВИТИИ СМОЛЕНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА СМОЛЕНЩИНЕ

Забелин А.С., Руцкий Н.Ф.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

THE ROLE OF PROF. SHARGORODSKY A.G. IN DEVELOPMENT OF THE SMOLENSK STATE MEDICAL ACADEMY AND DENTAL HEALTH CARE IN SMOLENSK REGION

Zabelin A.S., Rutsii N.F.

The Smolensk State Medical Academy

Спросите смоленских врачей-стоматологов, кого они считают своим учителем, – и многие, конечно же, назовут имя профессора Аркадия Григорьевича Шаргородского.

Будучи родом с Украины, Аркадий Григорьевич считал Смоленщину своей второй родиной. Более 50 лет жил он на смоленской земле, с которой связана вся его врачебная, педагогическая, научная и общественная деятельность. Уже в 1952 году, когда молодой выпускник Московского медицинского стоматологического института был направлен по распределению в Смоленскую область, ярко проявились его врачебный и организаторский талант, помноженный на огромное трудолюбие.

По приезде в Смоленск А.Г. Шаргородский начинает работать врачом-стоматологом в областной клинической больнице в клинике ЛОР-болезней, где были выделены койки для больных с заболеваниями челюстно-лицевой области.

В 1952 году он был назначен главным внештатным стоматологом Смоленского облздравотдела, а с 1953 года в течение 35 лет Аркадий Григорьевич являлся председателем Смоленского общества стоматологов.

В послевоенный период стоматологические учреждения области были полностью разрушены, и все усилия, как главный специалист, Аркадий Григорьевич направляет на создание стоматологической службы Смоленской области. Уже в 1956 году по его инициативе и непосредственном участии организована Смоленская областная стоматологическая поликлиника, главным врачом которой он был назначен. В поликлинике также начало работать самостоятельное детское стоматологическое отделение. С этого времени в области происходит планомерное развитие и расширение сети стоматологических кабинетов и отделений в центральных районных больницах. В 6 районах области (г. Ярцево, Сафоново, Вязьма, Гага-

рин, Починок, Рославль) построены стоматологические поликлиники. Для подготовки врачебных кадров в Смоленском медицинском училище открывается зубохирургическое отделение. В городе Смоленске реконструируются и строятся 3 новые стоматологические поликлиники.

Расширение сети стоматологических учреждений, освоение современных методов диагностики и лечения больных требовало подготовки врачей-стоматологов с высшим образованием. Поэтому в 1963 году по инициативе А.Г. Шаргородского в Смоленском медицинском институте открывается стоматологический факультет. Это дало возможность в последующие 10–15 лет в основном решать проблему со стоматологическими кадрами в г. Смоленске и области. Открытие стоматологического факультета требовало создания современной учебной базы и подготовки преподавательских кадров. В связи с этим в 1978 году по его инициативе и под непосредственным руководством был построен стоматологический корпус, куда были переведены областная клиническая стоматологическая поликлиника и стационарное отделение на 60 коек. В этом корпусе также разместились 3 профильные кафедры (терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии) стоматологического факультета. Это дало возможность значительно расширить клиническую базу факультета и улучшить подготовку врачей-стоматологов. В освободившемся помещении старого здания областной поликлиники открылась детская стоматологическая поликлиника. На ее базе открылся курс, а затем кафедры стоматологии детского возраста.

Наряду с лечебной и организаторской деятельностью Аркадий Григорьевич продолжал заниматься научной работой. Он и был приглашен 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 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 профессор.

С 1965 года профессор А.Г. Шаргородский стал заведовать кафедрой стоматологии, а с 1967 по 2000 год – кафедрой хирургической стоматологии СГМА. Наряду с педагогической, научной и лечебной работой А.Г. Шаргородский продолжает заниматься организаторской деятельностью. С 1975 по 1993 год он являлся заместителем председателя Всероссийского научного общества стоматологов, заместителем председателя учебно-методического Совета по стоматологии Минздрава СССР и России. В эти годы при его участии подготовлены учебные планы для стоматологического факультета, программы до- и последипломного обучения по хирургической стоматологии, ряд учебных пособий с грифом Минздрава РФ, вошедших в состав обязательной учебной литературы для студентов стоматологических факультетов.

Будучи заместителем председателя Всероссийского научного общества, он, совместно с его председателем, профессором Е.В. Боровским, готовил и проводил большое количество различных конференций и съездов по стоматологии. Это дало возможность более интенсивно развиваться стоматологической службе РФ, активизировать ее работу в областях и республиках СССР.

В последующие годы Аркадий Григорьевич 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.

Профессор А.Г. Шаргородский неоднократно включался в состав советских и российских делегаций на международные конгрессы, всесоюзные и республиканские съезды стоматологов.

Научные интересы А.Г. Шаргородского многогранны. Основные направления научных исследований – вопросы организации стоматологической помощи, воспалительные заболевания и травма челюстно-лицевой области. Он является автором более 300 научных работ, в том числе двух монографий, девяти руководств и учебных пособий по вопро-

сам диагностики и лечения повреждений тройничного нерва при переломах костей лица, воспалительных заболеваний, опухолей и травм челюстно-лицевой области и шеи, восьми изобретений, авторских свидетельств и патентов СССР и РФ. А.Г. Шаргородский является редактором 23 изданий: научных трудов, журналов, тезисов конференций, учебных пособий.

Наиболее значимые публикации: «Функциональные и морфологические изменения в системе тройничного нерва при переломах челюстей» (дисс. д-ра мед. наук. – М., 1966); «Повреждения тройничного нерва при переломах костей лица» (М.: Медицина, 1975); «Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии» (М.: Медицина, 1976); «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи» (М.: Медицина, 1986; редактор и автор семи глав); «Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» (М.: ВУНМЦ, 1989, 1999); «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» (М.: ВУНМЦ, 2000); «Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи» (М.: ВУНМЦ, 2001); «Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи» (М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002; редактор и автор семи глав); «Травмы мягких тканей и костей лица» (М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004; редактор и автор девяти глав).

Под руководством профессора А.Г. Шаргородского и при его консультировании выполнено 5 докторских и 25 кандидатских диссертаций.

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

Аркадий Григорьевич награжден медалью «За доблестный труд», значком «Отличнику здравоохранения», высшим профессиональным орденом Российской ассоциации стоматологов «За заслуги перед стоматологией» I степени (1999), орденом «Знак Почета» (2001).

Аркадий Григорьевич Шаргородский отличался трудолюбием, добросовестностью, инициативностью. Для него характерны активное восприятие нового, ценного для стоматологической практики, деятельное участие во внедрении современных достижений науки в жизнь.

Известный на Смоленщине хирург-стоматолог, организатор стоматологической службы, педагог, заслуженный деятель науки РФ, профессор, доктор медицинских наук Аркадий Григорьевич Шаргородский пользовался заслуженным авторитетом среди медицинской общественности нашей страны, города Смоленска, сотрудников академии, студентов и пациентов. Светлая память об Аркадии Григорьевиче Шаргородском навсегда сохранится в сердцах людей, знавших его.

УДК 616.31(083.13)

СТОМАТОЛОГИЯ КАК ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ИНТЕГРАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ (к 90-летию Смоленской государственной медицинской академии)

Аболмасов Н.Н., Гинали Н.В., Забелин А.С., Цепов Л.М.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

STOMATOLOGY AS THE PRINCIPAL LINK OF DIFFERENT SPECIALISTS INTEGRATION

Abolmasov N.N., Ginaly N.V., Zabelin A.S., Tsepov L.M.
The Smolensk State Medical Academy

Представлены материалы, относящиеся к истории развития профильных стоматологических кафедр факультета. Подчеркивается целесообразность интегративного сотрудничества этих кафедр.

Materials concerning the history of development of the profilative stomatological Chairs of the Stomatologic Department are represented. Integrative co-operation of these Chairs is taking into consideration.

Состояние здоровья современного человека, а точнее, его нездоровья, представляющее сочетание взаимосвязанных и взаимообуславливающих форм патологии различных органов и систем, ставит перед врачом любой специальности сложную задачу: взглянуть на организм пациента как на единое целое и наметить возможно более полный план его обследования, лечения и реабилитации. Интеграция деятельности различных специалистов стоматологического профиля (стоматолог детского возраста, терапевт, хирург, ортопед, ортодонт), но в рамках одной медицинской специальности (стоматологии) становится обычным делом. Однако нередки случаи, когда анализ клинической ситуации уже при первичном осмотре пациента стоматологом вынуждает его, используя системный подход, включать в план обследования консультации других медицинских специалистов (гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога, дерматолога, невропатолога, оториноларинголога, иммунолога и др.). Связано это с хорошо известными и научно доказанными фактами взаимообусловленности патологий (транснозологической коморбидности, полипатии) [1, 2, 3, 5, 8, 9, 10]. Выбор стоматологии как интегрирующего звена в континууме диагностического и лечебного процессов определяется тем, что стоматологические вмешательства являются наиболее массовыми видами специализированной медицинской помощи, как правило, тем пациентам, в анамнезе абсолютного большинства которых отмечаются те или иные нарушения общесоматического статуса.

Подготовка кадров для оказания стоматологической помощи населению являлась и является актуаль-

ной задачей отечественного образования. Эти задачи успешно решал стоматологический факультет Смоленского государственного медицинского института (ныне академии), открытый в 1963 году.

Руководители вуза (проф. Г.М. Стариков, Н.Б. Козлов, В.Г. Плешков, д. м. н. И.В. Отвагин), стоматологического факультета (проф. С.Е. Филичкин, доценты Н.Т. Родионов, В.Г. Морозов) и профильных кафедр (проф. А.Г. Шаргородский, проф. А.С. Забелин, проф. Н.Г. Аболмасов, д. м. н. Н.Н. Аболмасов, проф. Н.В. Гинали, проф. Л.М. Цепов) уделяли и уделяют особое внимание правильности подбора, подготовки и становления кадров. Именно это позволило вывести стоматологические кафедры и весь факультет в число известных и ведущих в стране.

При осуществлении стоматологической помощи имеет место как оказание её врачами-универсалами, так и врачами-стоматологами узкого профиля. В России только с 2007 года приказами № 553, № 112н от 11.03.08 и действующим с 23.04.2009 года приказом № 210н в номенклатуру специальностей специалистов с высшим медицинским образованием введена стоматология общей практики как фундамент специальности, освоение которой является необходимым (хотя и не обязательным) шагом на пути дополнительного образования и приобретения новых компетенций. Однако до настоящего времени отсутствуют чёткие должностные инструкции и функциональные обязанности, регламент работы, перечень осуществляемых манипуляций. Поэтому, видимо, не случайно, что большинство (95%) врачей-интернов в дальнейшем планируют работать в сложившейся традиции, исключительно по одной из пяти (ортодонтия,

стоматология детская, стоматология ортопедическая, терапевтическая, хирургическая и челюстно-лицевая хирургия) специальностей и только 5% врачей предполагает работать по специальности стоматология общей практики [7].

В октябре 1985 года на факультете усовершенствования врачей Смоленского государственного медицинского института была организована кафедра стоматологии, с сентября 2000 года преобразованная в кафедру стоматологии ФПК и ППС. Первым ее заведующим и организатором был доцент В.Н. Гинали. Преподавательский коллектив её был составлен из высококвалифицированных специалистов кафедр стоматологического факультета (проф. А.Т. Бусыгин, проф. Н.Я. Молоканов, доценты: В.С. Воронин, В.Н. Гинали, В.П. Загороднова, А.Е. Савин, Н.М. Стефанцов, А.В. Федосеев, И.В. Купреева, О.Л. Мишутина, ассистенты: Г.В. Лебедева, Л.В. Терешкина, Э.В. Кузнецова, Г.В. Волченкова, Т.И. Бадебкина, В.Н. Анисов, Л.И. Девликанова, Ю.С. Романова, Л.Е. Богданова). Одновременно с учебной, лечебной работой на кафедре проводятся и научные исследования по применению физических факторов в комплексной диагностике и лечении основных стоматологических заболеваний.

Кафедру терапевтической стоматологии до 1978 года возглавляла доктор медицинских наук, профессор М.В. Бусыгина, а с 1979 года и по настоящее время – доктор медицинских наук, почетный профессор СГМА член-корреспондент РАЕН Л.М. Цепов. За это время им издано более 12 монографий, более 15 справочно-методических пособий. Сотрудниками кафедры получено 14 авторских свидетельств и патентов на изобретения, внесено более 53 рацпредложений.

В 1968–2009 годах на кафедре работали 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. Лебедева Г.В., 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. Лобовкина Л.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.

В настоящее время на кафедре работают: доценты: к. м. н. Морозов В.Г., к. м. н. Тургенева Л.Б., к. м. н. Николаев А.И., к. м. н. Петрова Е.В.; ассистенты: к.м.н. Афанасьева А.В., к. м. н. Левченкова Н.С., к. м. н. Лозбенев С.Н., к. м. н. Ковалева О.В., к. м. н. Галанова Т.А. Из преподавателей кафедры в настоящее время только два не имеют ученой степени, а остальные выполнили и защитили кандидатские диссертации под руководством профессора Л.М. Цепова.

До 1979 года кафедра размещалась на базе филиала Смоленской областной клинической стома-

тологической поликлиники по улице 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 кабинетов оснащен для работы «в 4 руки» и используется для обучения студентов, ординаторов и врачей новым стоматологическим технологиям. Фантомный (пропедевтический) курс кафедры расположен в двух учебных комнатах административно-учебного корпуса, где студенты II курса осваивают навыки препарирования и пломбирования зубов на фантомах, проходят предклиническую подготовку.

На кафедре обучаются студенты II–V 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. 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 и интернов. Всего подготовлено свыше 100 ординаторов, и многие из них в дальнейшем стали главными врачами и заведующими отделениями стоматологических учреждений России и области, преподавателями стоматологических кафедр медицинской академии.

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, руководящий подготовкой клинических ординаторов; доцент В.Г. Морозов – декан стоматологического факультета СГМА; доцент Л.Б. Тургенева, курирующая вопросы совместной работы с органами практического здравоохранения; доцент Е.В. Петрова, активно внедряющая в учебный процесс новые формы обучения.

Более 20 лет над этой проблемой патологии пародонта работает коллектив кафедры. В разработку вопросов патогенеза, диагностики и лечения заболеваний пародонта они внесли определенный вклад. Выполнив проведение научных исследований по указанной проблеме, сотрудники ориентируются прежде всего на нужды практического здравоохранения.

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 200 научных статей, опубликованных за последнее десятилетие, 12 из 20 кандидатских диссертаций, защищен-

ных с 1992 по 2009 год, 10 авторских свидетельств и патентов на изобретения тому подтверждение. Проводимые на кафедре исследования, а также опыт практической работы позволили нам 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).

На основе обобщения результатов научных исследований, собственного клинического опыта и литературных данных нами разработана концепция лечения хронического генерализованного пародонтита, предусматривающая поэтапное выполнение определенного обязательного минимума лечебных манипуляций. Данная схема, по нашему мнению, может стать основой для разработки стандарта лечения хронического генерализованного пародонтита (стандарта на манипуляции).

Исследования по проблеме заболеваний пародонта продолжаются. Ассистентом Н.А. Голевой запланирована и выполняется кандидатская диссертация. Доцентом А.И. Николаевым ведётся работа над запланированной докторской диссертацией.

Сотрудниками кафедры подготовлены и изданы учебно-методические пособия и монографии по основным разделам терапевтической стоматологии.

Кафедру хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с 1967 по 2000 год возглавлял заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор А.Г. Шаргородский, с 2000 года и по настоящее время – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор А.С. Забелин. Основными направлениями научной деятельности кафедры являются воспалительные заболевания, травмы, реконструктивная и пластическая хирургия челюстно-лицевой области. В составе кафедры один профессор, четыре доцента (Родионов Н.Т., Руцкий Н.Ф., Полякова В.В., Кузьмина Е.В.), шесть ассистентов (Владыченкова Т.Н., Карпухина Л.И., Андриушенкова Н.А., Сотникова М.В. – кандидаты медицинских наук, Ковалева Н.С., Анохина И.В.).

Учебный процесс на кафедре основывается на широком внедрении в педагогический процесс методов активного проблемного обучения. На практических занятиях главное внимание уделяется работе с больными, что позволяет формировать у студентов клиническое мышление. Наряду с этим оценивается исходный, текущий и заключительный тестовый контроль знаний, студенты решают клинические ситуационные задачи, проводят ролевые игры. Большое внимание уделяется созданию новой

учебно-методической литературы для студентов и преподавателей, подготовке научно-педагогических кадров.

На кафедре имеются комплекты тематических лекций с видеопрезентацией, учебно-методические пособия для практических занятий. Четыре руководства для студентов с грифом УМО изданы сотрудниками кафедры под руководством профессора А.Г. Шаргородского. В 2008 году коллективом кафедры подготовлено и издано учебно-методическое пособие с грифом УМО «Пропедевтика хирургической стоматологии». В настоящее время разработаны учебно-методические комплексы для студентов стоматологического и лечебного факультетов, что позволяет проводить учебный процесс на современном уровне. По всем разделам хирургической стоматологии имеются методические разработки для преподавателей, набор тестовых заданий, клинических ситуационных задач для контроля знаний студентов на практических занятиях, зачетах, курсовых и государственных экзаменах.

За 43 года на кафедре подготовлено в клинической ординатуре 94 врача (из них 2 – граждане иностранных государств), 21 аспирант; защищено 32 диссертации, из них 4 – докторские. Сотрудниками кафедры были разработаны и внедрены в практическую деятельность новые методы диагностики и лечения больных; представлены 42 рационализаторских предложения, из них 1 – отраслевого значения; получено 20 авторских свидетельств на изобретение. В последние годы подготовлены и защищены 4 кандидатские диссертации В.Н. Боровым (2001), Н.А. Андриушенковой (2006), Д.Н. Фурсой (2007), М.В. Сотниковой (2009). В настоящее время на кафедре выполняются 3 кандидатские и 1 докторская диссертации.

Процесс обучения на кафедре неразрывно связан с лечебно-диагностической и консультативной работой в лечебно-профилактических учреждениях г. Смоленска и Смоленской области. В клинике внедрены новые методы диагностики и лечения хирургических стоматологических больных. Широко используются плазменные технологии: лазерный скальпель, воздушно-плазменный скальпель, коагулятор-стимулятор «Плазон», радиоскальпель, современные методы экстрапаральной детоксикации и иммунотерапия больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Сотрудниками кафедры выполняются наиболее сложные операции (резекция челюстей, костная и кожная пластика, удаление опухолей, реконструктивные и косметические операции и др.).

Кафедра оснащена современным учебным и лечебным оборудованием, наглядными пособиями, что позволяет выполнять научные исследования, совершенствовать учебно-методическую работу. На

кафедре имеются все условия для подготовки высококвалифицированных врачей-стоматологов.

Курс стоматологии *детского возраста* в СГМИ был организован в 1977 году, преобразован в кафедре в 1980 году. Возглавил курс доцент Н.Г. Аболмасов, с 1984 по 2002 год кафедре возглавлял доцент Б.В. Котомин. С 2002 года и по настоящее время ведущим является доктор медицинских наук, профессор Н.В. Гинали. На протяжении более 30 лет на кафедре проводятся научные исследования по проблемам «Возрастные особенности зубочелюстной системы у детей в норме и патологии» и «Профилактика основных стоматологических заболеваний у детей».

Организатором и первым руководителем кафедры *ортопедической стоматологии* СГМИ (с 1967 по 1984 год) был заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, профессор А.Т. Бусыгин (1911–1989). С 1984 по 2008 год кафедре возглавлял академик РАЕН, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Н.Г. Аболмасов. С 2008 года кафедре ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии возглавил д. м. н. Н.Н. Аболмасов, защитивший докторскую диссертацию в 2005 году. В настоящее время на кафедре работают один профессор, 4 доцента, из которых двое имеют ученую степень доктора медицинских наук (Аболмасов Н.Н., Кузьменков А.Н., Ковальков В.К.,

Шашмурина В.Р.), 5 ассистентов (из них Адаева И.А., Ковалева И.А., Гелетин П.Н. – кандидаты медицинских наук; Ратникова С.П., Массарский И.Г., Соловьев А.А. – без ученой степени). В научной работе сотрудников кафедры прослеживаются такие направления, как этиология, патогенез, лечение и профилактика дефектов, деформаций и аномалий зубных рядов; совершенствование ортопедических и комплексных методов лечения заболеваний пародонта с применением современных технологий изготовления зубных протезов.

Таким образом, коллективы стоматологических кафедр располагают квалифицированными педагогическими кадрами, способными на должном уровне проводить учебную и совершенствовать лечебную работу. Особый интерес в межкафедральной интеграции коллективы кафедр отводят лечебно-консультативной работе непосредственно при лечении стоматологических больных. Тесное сотрудничество преподавателей с коллегами других кафедр вуза прослеживается и в научно-исследовательской работе. Вместе с тем остаётся сложной проблемой улучшение и расширение материально-технической базы кафедр. Коллективы кафедр надеются, что с помощью администрации академии и органов практического здравоохранения это удастся сделать.

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. Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности // Клиническая медицина. – 2009. – № 12. – С. 69-71.
3. Гелетин П.Н. Ортопедические методы в системе комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у пациентов с артериальной гипертензией: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Смоленск, 2009. – 18 с.
4. Гинали Н.В., Котомин Б.В. Кафедре стоматологии детского возраста 30 лет // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2007. – № 2. – С. 10-13.
5. Дмитриева В.Ф. Стоматология как центральное звено в интеграции специалистов различного профиля // Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии: тез. международ. научно-практич. конф. / Под ред. проф. Яременко А.И., проф. Ореховой Л.Ю. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2009. – С. 31-32.
6. Молоканов Н.Я., Загороднова В.П., Стефанцов Н.М. Кафедра стоматологии факультета повышения квалификации и последипломной переподготовки специалистов ГОУ ВПО СГМА // Матер. научно-практ. конф. «Актуальные проблемы клинической медицины», посвящ. 25-летию фак-та повыш. квалиф. и проф. переподготовки специалистов ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», Смоленск, 2009. – С. 211-215.
7. Силин А.В., Лубская Е.Ю. Подготовка кадров по специальности «стоматология общей практики» // Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии: тез. международ. научно-практич. конф. / Под ред. проф. Яременко А.И., проф. Ореховой Л.Ю. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2009. – С. 81-82.
8. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.
9. Цепов Л.М. Вклад сотрудников кафедры терапевтической стоматологии в развитие специальности // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2007. – № 2. – С. 5-8.
10. Цепов Л.М., Николаев А.И., Цепова Е.Л., Цепов А.Л. Патология пародонта при системных заболеваниях // Маэстро стоматологии. – 2009. – № 1(33). – С. 64-67.

УДК 616.314.18-002.4-008.331.1

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТАКТИКУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Аболмасов Н. Н., Гелетин П. Н., Соловьёв А. А., Кудашкин А.В., Голованова Е.Д.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
Стоматологическое отделение ФГУ «421 ВГМВО Минобороны России»

ARTERIAL HYPERTENSION INFLUENCE ON DENTAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PARODONTITIS

Abolmasov N.N., Geletin P.N., Soloviov A.A., Kudashkin A.V., Golovanova E.D.
The Smolensk State Medical Academy
Stomatologic department of FTE «421 MHD of Ministry of Defence of RF»

Комплексная терапия пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне артериальной гипертензии, предусматривает не только выполнение всех стоматологических манипуляций терапевтического, хирургического и ортопедического характера, но и лечение фоновой патологии. Нами проведено полное обследование и лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне артериальной гипертензии, в результате чего был разработан алгоритм оказания стоматологической помощи, в том числе и ортопедической, этой категории больных.

Complex therapy of patients with chronic generalized parodontitis and arterial hypertension takes into consideration not only all dental measures of therapeutic, surgical and orthopedic character but management of other pathology. Complete examination and treatment of patients with chronic generalized parodontitis and arterial hypertension was made. So technique of dental and orthopedic care was developed.

Комплексное лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне артериальной гипертензии, предусматривает не только выполнение всех стоматологических манипуляций терапевтического, хирургического и ортопедического характера [8], но и лечение фоновой патологии [2, 3, 4]. Поэтому каждый стоматолог обязан понимать особенности стоматологического лечения пациентов, страдающих соматическими заболеваниями [7]. В настоящее время не вызывает сомнения необходимость знания стоматологом основных аспектов течения, диагностики и лечения артериальной гипертензии, поскольку она оказывает значительное влияние на состояние пародонта, осложняя течение хронических форм пародонтита.

Существующая система медицинской помощи пациентам с хроническим генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне артериальной гипертензии, фрагментарна, то есть проводятся неотложные мероприятия в экстренном порядке [6], в то время как необходимо комплексное лечение систематического характера. Успех стоматологического лечения возможен только в том случае, когда его ход постоянно регулируется в зависимости от изменения отдельных параметров, характеризующих состояние

пациента [1]. К сожалению, мониторинг больных с риском кардиологических осложнений в стоматологической практике не применяется, и врачи-стоматологи далеко не всегда руководствуются даже кратким анамнезом сопутствующей патологии, хотя важность последнего весьма исключительна. Р.В. Казанцева и соавт. (2006) предложила двухэтапный скрининг гипертонической болезни у стоматологических больных. По её данным, лишь около 40% больных артериальной гипертензией осведомлены о наличии у них этого заболевания.

Изложенное выше предопределило выбор цели нашего исследования: разработать алгоритм оказания стоматологической помощи, в том числе и ортопедической, пациентам с хроническим генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне артериальной гипертензии. Для решения поставленной цели мы провели комплексное обследование и лечение 120 пациентов. Основную группу составили 90 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне артериальной гипертензии II стадии. У 60 пациентов этой же группы (2а) артериальная гипертензия контролировалась гипотензивными препаратами, а 30 пациентов (группа 2б) от лечения артериальной гипертензии отказались. Группу

сравнения составили 30 пациентов без симптомов артериальной гипертензии и указаний на неё в анамнезе (1-я группа).

Всем курируемым пациентам перед началом комплексного стоматологического лечения осуществлялось измерение «офисного» артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). На основании полученных данных решался вопрос о возможности проведения лечения. Это было необходимо для того, чтобы предотвратить возникновение осложнений со стороны сердечно-сосудистой си-

стемы. В таблице 1 нами проанализированы и представлены результаты, полученные при измерении АД и ЧСС во время первичного обследования пациентов курируемых групп. Измерения проводились непосредственно перед стоматологическим обследованием, во время его проведения и через 10–15 минут по окончании обследования. Именно в первое посещение выявлялись лица, имеющие высокие значения АД и ЧСС (при необходимости они направлялись на консультацию к кардиологу или врачу-интернисту).

Таблица 1. Динамика артериального давления (мм рт. ст.) и частоты сердечных сокращений при первичном обследовании пациентов курируемых групп

Величина давления и частота сердечных сокращений		Курируемые группы		
		1	2 «а»	2 «б»
Непосредственно перед стоматологическим обследованием	АД систолическое	116±17,8	144±10,2	160±17,9
	АД диастолическое	75±7,8	88±4,1	98±2,4
	ЧСС	73±8,0	76±5,5	84±6,6
Во время проведения обследования	АД систолическое	126±10,4	147±10,2	162±18,2
	АД диастолическое	82±7,0	90±3,9	96±3,5
	ЧСС	73±8,1	74±5,6	82±7,0
Через 10–15 минут по окончании обследования	АД систолическое	115±7,5	141±9,8	151±11,3
	АД диастолическое	74±8,0	84±4,7	92±4,9
	ЧСС	74±8,0	70±5,9	79±7,4

Из таблицы видно, что у пациентов с АГ, не лечившихся гипотензивными препаратами (2б группа), систолическое и диастолическое АД были несколько выше целевого (нормального) уровня (140/90

мм рт. ст.) до, во время и после обследования. В то же время у пациентов с «леченой» АГ (2а группа) отмечалось лишь кратковременное повышение диастолического давления во время проведения обследова-

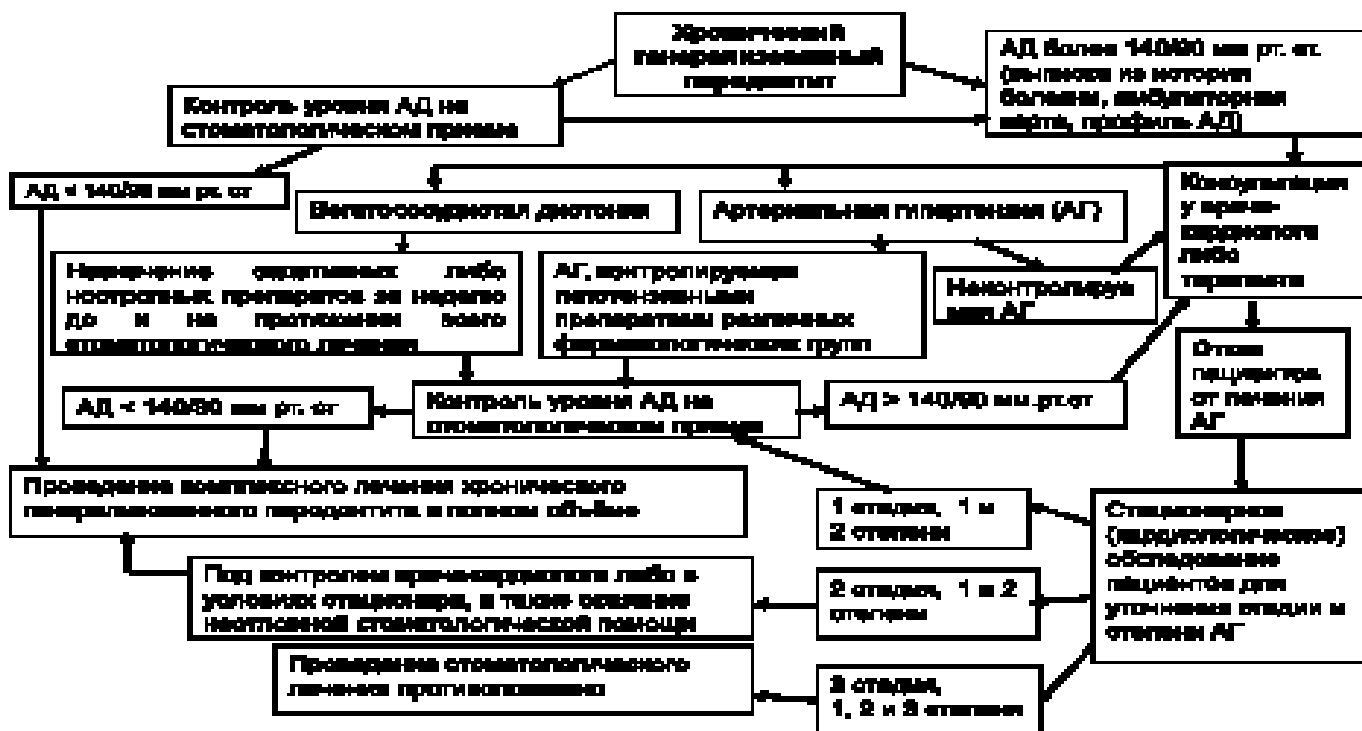


Рис. 1. Алгоритм для определения возможности проведения стоматологического лечения пациентов с артериальной гипертензией

дования. Следует также отметить, что у пациентов 26 группы исходная ЧСС превышала 80 ударов в минуту, которая сохранялась и во время проведения обследования. Это с определенной долей вероятности можно считать фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений во время проведения необходимых стоматологических манипуляций. Необходимо отметить, что обследование является гораздо менее стрессогенной манипуляцией для пациента по сравнению, например, с одонтопрепарированием, но, несмотря на это, и оно приводит к значительному эмоциональному напряжению. Даже на этом этапе у пациентов с фоновой патологией определялись высокие значения артериального давления и частоты сердечных сокращений. Это лишний раз указывает на то, что при стоматологическом приеме пациента необходим постоянный контроль уровня артериального давления.

Этот принцип был положен в основу разработанного и рекомендованного для практического здравоохранения алгоритма лечебно-диагностических действий в зависимости от величины «офисного» артериального давления (рис. 1). Предложенный алгоритм предусматривает возможность выявления на стоматологическом приеме пациентов с высоким риском наличия артериальной гипертензии. Разуме-

ется, в тех случаях, когда больной осведомлен о наличии у него артериальной гипертензии, при правильном сборе анамнеза врач-стоматолог уже в начале приема получит определенный объем информации, достаточный для выбора дальнейшей тактики лечения.

Использование алгоритма позволяет снизить риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и определить возможность проведения комплексной терапии пациентов. Ортопедические методы лечения на определенной стадии развития заболевания являются патогенетическими, поскольку позволяют устранить окклюзионную травму зубов и зубных рядов. С этой целью нами предложен алгоритм ортопедического лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне артериальной гипертензии (рис. 2).

Таким образом, становится очевидно то, что стоматологическое лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне артериальной гипертензии, должно проводиться только после консультации врача-кардиолога либо интерниста. Междисциплинарное сотрудничество является обязательным условием грамотного и индивидуализированного подхода.

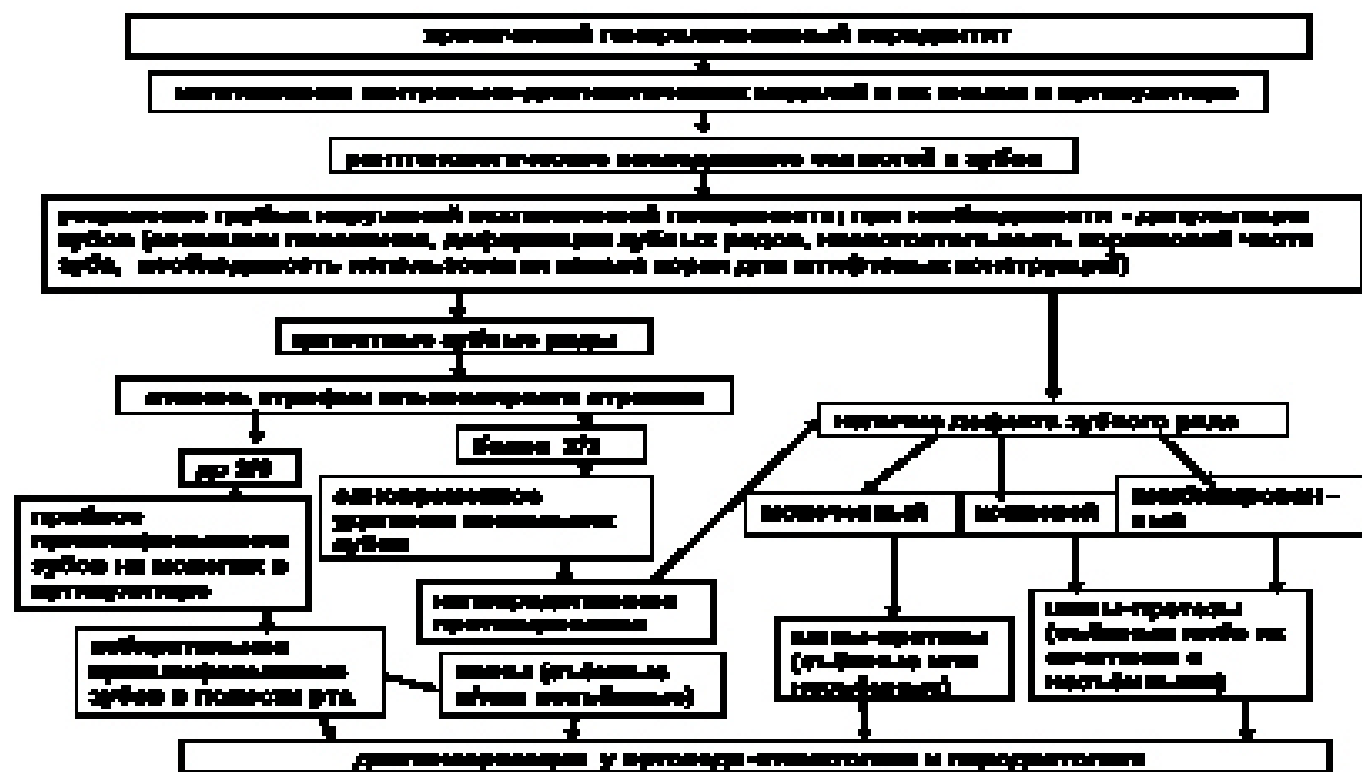


Рис. 2. Алгоритм ортопедического лечения в системе комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у пациентов на фоне артериальной гипертензии

ЛИТЕРАТУРА

1. Демьяненко С.Д., Авдоница Л.А. Кардиомониторинг в стоматологии: необходимая составляющая или украшение клиники //ДентАрт. – 2006. – № 3. – С. 28-29
2. Ермольев С.Н. Распространенность, лечение и профилактика заболеваний пародонта у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, проживающих в условиях резко континентального климата: Дисс. д-ра. мед. наук. – М., 2006. – 300 с.
3. Заболотный Т.Д., Колесова Н.А. Морфофункциональные изменения в тканях пародонта при сердечно-сосудистой патологии //Стоматология. – 1991. – № 6. – С. 17-20.
4. Заноздра Л.Н. Особенности лечения пародонтита и пародонтита у больных гипертонической болезнью на разных стадиях её развития: Дисс. канд. мед. наук. – Киев, 1987. – 142 с.
5. Казанцева Р.В., Недосеко В.Б., Николаев Н.А. Клинико-лабораторный скрининг гипертонической болезни и сахарного диабета в практике врача-стоматолога //Институт стоматологии. – 2006. – № 3. – С. 94-95.
6. Трезубов В.Н. Динамика основных вегетативных функций организма пациентов на приеме у ортопедо-стоматолога //Стоматология. – 1992. – Т.71. – № 2. – С. 69-72.
7. Хюльсманн М., Шефер Э. Проблемы эндодонтии. Профилактика, выявление и устранение //Квинтэссенция. – 2008. – № 2. – С. 129-167.
8. Цепов Л.М., Николаев А.И. К вопросу об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта //Пародонтология. – 2000. – № 2(16). – С. 9-10.

УДК 616.314.2-089.28

ХАРАКТЕРИСТИКА АДГЕЗИВНЫХ СРЕДСТВ ПРИ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ

Аболмасов Н.Н., Соловьев А.А., Гелетин П.Н.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

CHARACTERISTICS OF ADHESIVE MEDICINES IN REMOVABLE DENTAL PROTHESIS ADAPTATION

Abolmasov N.N., Soloviev A.A., Geletin P.N.

The Smolensk State Medical Academy

Проведено исследование результатов применения адгезивного фиксирующего крема «Corega». После применения крема фиксация протеза улучшилась, уменьшились сроки адаптации. Полученные данные позволяют рекомендовать применение адгезивного крема на период адаптации к съемным протезам.

Investigation of the results of adhesive fixing cream application "Corega" was made. After cream application the prosthesis fixing was improved and the adaptation time was decreased. Obtained data allow to recommend adhesive cream application for the adaptation period to the removable dental prosthesis.

Исследования в области профилактики преждевременного старения и длительного поддержания функциональной и социальной активности населения, по определению Международной ассоциации геронтологов, являются приоритетным направлением медицинской науки. Доля людей пожилого (для женщин старше 55 и мужчин старше 60 лет) возраста и стар-

ческого (75 лет и >) составляет в центральной части России 26% [8].

Пожилой возраст и определяет главную особенность и сложность ортопедического лечения в связи со снижением адаптационных возможностей организма [1, 3, 4]. Это требует учета психологического и соматического статуса пациента в целом, а также

состояния органов челюстно-лицевой области вследствие появления в них возрастных изменений. Протезирование при полной потере зубов имеет функциональное, эстетическое и психологическое значение.

Несмотря на большие возможности современной ортопедической стоматологии, изготовление съемных протезов является одной из сложнейших задач [2, 9]. Надежную фиксацию и стабилизацию съемному протезу обеспечивают различные факторы, среди которых следует отметить анатомические условия в полости рта, возраст пациента, первичное или повторное лечение, конструктивные особенности и срок пользования пластиночным протезом. Кроме того, для хорошей стабилизации протеза и профилактики травмирования тканей протезного ложа необходима тщательная его припасовка, в частности грамотная постановка и шлифовывание зубов.

После наложения протеза больной назначается на прием к врачу в соответствии с принципом законченности лечения на следующий день или в ближайшие три дня, затем один раз в неделю и далее по показаниям [5]. Врач продолжает наблюдение до тех пор, пока не убедится в наступлении адаптации к протезу. Момент окончания адаптации к протезам рассматривается как проявление коркового торможения, наступающего в различные сроки, колеблющиеся в среднем 8–33 дня. Результаты ортопедического лечения считаются положительными или отрицательными в зависимости от: 1) субъективной оценки протезов самим больным; 2) степени фиксации и стабилизации протезов; 3) соблюдения эстетических норм при их построении; 4) чистоты речи; 5) возможности употребления разнообразной пищи.

Для улучшения фиксации и стабилизации протеза предлагались и предлагаются различные способы: всевозможные методики получения оттисков, объемное моделирование, применение эластичных пластмасс, хирургическая подготовка, имплантаты. На наш взгляд, эти методы не отрицают возможности применения адгезивных препаратов, особенно в период адаптации, когда необходимо ускорить прежде всего психологическую реабилитацию пациента. Идея применения адгезивных средств не является

новой. Для ускорения адаптации, особенно к полным съемным протезам при их первичном применении, ранее пользовались порошком трагаканта, который представляет собой засохший сок, вытекающий из надрезов кустарника *Astragalus Verus* [7]. Однако применение трагаканта долгое время невозможно, так как засохшие его частички крепко прилипают к нёбу и создают неприятный вкус.

Следует отметить, что рецептуры адгезивных средств разрабатывались на протяжении многих лет химиками, клиницистами, и в результате достигнуты весьма положительные результаты. Выпускаются три основные формы адгезивов: гели, фиксирующие прокладки и порошки. Наиболее известными являются «Corega», «Lacalut», «President», «Protifix». Мы поставили перед собой задачу исследовать результаты применения адгезивного фиксирующего крема «Corega». Нами была составлена схема-анкета по изучению адгезивных свойств этого препарата. Схема заполнялась совместно с пациентами лечащими врачами стоматологических поликлиник № 1, 2, 3, 4 города Смоленска и городов области (Вязьма, Рославль, Ярцево, Сафоново). Возраст 116 анкетированных пациентов находился в диапазоне 38–91 года.

В анкете (кроме паспортной части пациента) были отражены нижеследующие критерии: характер и степень атрофии альвеолярных отростков беззубых челюстей в соответствии с классификацией И.М. Оксмана (1978); учитывался вид протезов (частичный пластиночный неопирающийся или полный), время их изготовления и продолжительность пользования, первичное протезирование или повторное; степень фиксации, наличие болезненных ощущений и состояние гигиены в полости рта до нанесения адгезива и после, сроки адаптации. Распределение пациентов в зависимости от вида протеза представлено в таблице 1.

Крем наносился на базис протеза в строгом соответствии с инструкцией: на чистый и высушенный зубной протез выдавливался каплями или тонкими полосками, не доходя до краев протеза; затем прополаскивался рот, вводился протез и плотно прижимался к протезному ложу на несколько секунд.

Таблица 1. Распределение протезов в зависимости от вида конструкции

Вид протеза Челюсть и срок пользования	ПСПП**	Тип атрофии беззубых челюстей по И.М. Оксману				ЧСПП*
		I	II	III	IV	
Нижняя	50	9	17	23	1	42
Верхняя	69	13	32	19	5	28
Из них первичное протезирование	23	8	10	5	–	11

Вид протеза Челюсть и срок пользования	ПСПП**	Тип атрофии беззубых челюстей по И.М. Оксману				ЧСПП*
		I	II	III	IV	
Повторное протезирование	96	36	41	11	8	69
Съемные протезы сроком пользова- ния до одного года	21	10	8	2	1	11
От года до трех лет	46	17	24	4	1	29
От трех до пяти лет	39	19	18	2	–	23
Более пяти лет	13 9 2 – 2					7

Примечание. *ЧСПП и **ПСПП: частичный съемный пластиночный и полный съемный протезы соответственно.

После применения крема «Corega» фиксация протеза, со слов пациентов, несколько улучшилась ($19 \pm 2,4\%$), стала хорошей ($47 \pm 1,0\%$) и отличной ($34 \pm 2,6\%$). Все пациенты, получившие повторное лечение (протезирование), отмечали уменьшение срока адаптации до 1–3 дней, а впервые протезируемые – до 4–8 дней. Болезненные ощущения после нанесения крема отсутствовали у $96 \pm 0,7\%$ пациентов, а у $4 \pm 0,7\%$ пациентов заметно уменьшились. Улучшение гигиены, меньшее скопление пищи под протезом отметили $27 \pm 3,1\%$ респондентов. Жалоб со стороны пациентов на сухость в полости рта, на неприятные вкусовые ощущения, на индивидуальную непереносимость не было.

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 семейная диспансеризация с выработкой корректирующих профилактических программ, направленных на восстановление или частичную компенсацию функций стареющего организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаева И.А. Сравнительная характеристика перекрывающих съёмных протезов с различными способами фиксации и стабилизации: Дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 2003. – 142 С.
2. Брагин Е.А. Клинические аспекты реабилитации пациентов с полной потерей зубов съёмными протезами с металлическим базисом //Современная ортопедическая стоматология. – 2005. – № 3. – С. 28 – 30.
3. Варес Э.Я. Восстановление полной утраты зубов. – Донецк, 1993. – 240 С.
4. Воронов И.А. Разработка и клиничко – лабораторное обоснование применения материала «Протоплен – М» при ортопедическом лечении больных с полной утратой зубов //Человек 2007. – СПб. – С.226-228.
5. Гаврилов Е.И., Ортопедическая стоматология. – Москва, 1979 – 576 С.
6. Жолудев С.Е. Адгезивные средства в ортопедической стоматологии. – М., 2007. – 112 С.
7. Катц А.Я. Ортопедическая стоматология. – М., 1940 – 378 С.
8. Огорокова Г.П., Богданова Н.В., Горшунова Н.К., Образовательные программы и их значение в реабилитации людей пожилого возраста //Реабилитация в геронтологии и гериатрии. – 2003. – С.114 – 115.
9. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология. – М., 2001 – 351 С.

УДК 617.52/.53-001.4:615.472.3

ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ЛИЦА И ШЕИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА

Андрюшенкова Н.А., Локтева М.Э.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;
ОГУЗ «Смоленская областная клиническая больница»

CHARACTERISTIC FEATURES OF PURULENT WOUND HEALING OF THE FACE AND NECK IN AIR-PLASMA FLOW APPLICATION

Andryushenkova N.A., Lokteva M.E.

The Smolensk State Medical Academy
The Smolensk District hospital

В статье представлены данные клинического и цитологического обследований пациентов с одонтогенными флегмонами, комплексное лечение которых включало использование NO-содержащего воздушно-плазменного потока. Воздушно-плазменная коагуляция и NO-терапия оптимизируют процесс заживления гнойной раны: способствуют более быстрому очищению раны от некротических тканей и активизируют репаративный процесс.

Ключевые слова: гнойная рана, воздушно-плазменный поток, NO-терапия, раневой процесс, цитограмма.

Data of clinical and cytologic examination of patients with odontogenic phlegmons complex management included NO-containing air-plasma stream application. Air-plasma coagulation and NO-therapy optimize purulent wound healing. It promotes faster wound purification from necrotic tissues and activates reparative process.

Key words: purulent wound, air-plasma stream, NO-therapy, wound process, cytogramme.

Лечение гнойных ран любой локализации и профилактика осложнений остаются актуальными проблемами хирургии [3]. Постоянно ведутся поиски все новых способов воздействия на раневую поверхность с целью ускорения репаративного процесса [2]. Использование воздушной плазмы, являющейся генератором монооксида азота (NO), – одно из современных направлений в этой области [1, 4, 5]. Как известно, монооксид азота является участником раневого процесса [7, 8, 9], а локальное подведение молекул NO (NO-терапия) к тканям раны благоприятно влияет на процессы заживления [6]. Однако каждый новый способ лечения требует всестороннего и глубокого изучения на самых различных уровнях. На сегодняшний день цитологический метод исследования по-прежнему остается одним из самых простых, надежных и объективных методов оценки репаративной регенерации [2, 3].

Цель исследования – изучить особенности течения раневого процесса у больных с одонтогенными флегмонами при использовании в комплексном лечении NO-содержащего воздушно-плазменного потока на основании клинических данных и цитологического исследования.

Материал и методы исследования

Нами проведено комплексное обследование и лечение 52 больных с одонтогенными абсцессами и

флегмонами одного клетчаточного пространства. По методу проводимого местного лечения гнойной раны все больные были распределены на две группы: **1-ю – основную** и **2-ю – группу сравнения**.

Основная группа состояла из 26 пациентов, в комплексное лечение которых была включена обработка гнойной раны NO-содержащим воздушно-плазменным потоком, генерируемым аппаратом «Плазон». Сразу после вскрытия гнойника и в течение первой фазы раневого процесса применяли щадящую воздушно-плазменную коагуляцию поверхности раны. При этом расстояние от сопла манипулятора-коагулятора до тканей составляло 15,0 см, экспозиция 5–7 секунд на 1,0 см², количество сеансов 2–3. Во вторую фазу (регенераторную) применяли NO-терапию: расстояние от сопла терапевтического манипулятора до тканей раны 7,0–8,0 см, экспозиция 8–10 секунд на 1,0 см² поверхности, курсом 5–7 процедур. Кроме этого, дополнительно воздействовали на ткани в глубине раны охлажденным NO-содержащим газовым потоком через систему дренажных трубок.

В группу сравнения также вошли 26 человек, комплексное лечение которых включало только стандартные методы местного лечения гнойной раны (промывание раны растворами антисептиков, повязки с мазями на гидрофильной основе, ЭП УВЧ-

курсом 5–7 процедур). В отношении пола, возраста и сопутствующей патологии пациентов исследуемые выборки были репрезентативны.

Эффективность лечения оценивалась на основании динамического клинического наблюдения за состоянием раны. Учитывались сроки стихания воспалительной реакции – гиперемии, отека и инфильтрации окружающих тканей, сроков очищения раны, формирования грануляционной ткани, появления краевой эпителизации.

Цитологическое изучение мазков-отпечатков с поверхности гнойных ран проводилось по методу М.Ф. Камаева (1954) у больных обеих групп на 1, 3-и, 5-е и 7-е сутки. Препараты окрашивали по Романовскому – Гимзе. Микроскопию осуществляли в иммерсионной системе светового микроскопа под увеличением 90x1,5x7. В 20 полях зрения подсчитывался процент различных клеточных форм. Статистическая обработка результатов исследований выполнялась с помощью параметрических и непараметрических методов.

Результаты исследования и их обсуждение

У больных основной группы уже после первых сеансов лечения NO-содержащим воздушно-плазменным потоком отмечалось отчетливое купирование острого воспалительного процесса. В

частности, местный отек купировался уже на $1,48 \pm 0,1$ сутки, тогда как в группе сравнения только на $3,15 \pm 0,2$ сутки ($p < 0,05$). Гиперемия окружающих тканей исчезала на $0,9 \pm 0,15$ сутки (в группе сравнения на $2,77 \pm 0,2$ сутки при $p < 0,05$), а инфильтрация в области краев раны – на $3,48 \pm 0,17$ и $6,81 \pm 0,41$ сутки соответственно по группам при $p < 0,05$.

Под воздействием воздушно-плазменной коагуляции и NO-терапии у пациентов 1-й группы происходило более быстрое очищение раны от некротических тканей (на $3,67 \pm 0,13$ сутки), раннее гранулирование ($3,67 \pm 0,14$ сутки) и эпителизация краев раны ($2,62 \pm 0,16$ сутки). Все эти процессы у пациентов группы сравнения протекали достоверно медленнее. Так, некроз на стенках раны сохранялся до $6,35 \pm 0,22$ суток ($p < 0,05$), появление грануляций отмечено только на $6,38 \pm 0,24$ сутки ($p < 0,05$), а краевой эпителизации на $4,96 \pm 0,29$ сутки ($p < 0,05$).

Результаты клинического обследования больных были подтверждены цитологическими показателями. Так, на первые сутки после хирургической обработки гнойного очага цитограммы больных основной группы по клеточному составу мало отличались от таковых в группе сравнения и соответствовали дегенеративно-воспалительному типу клеточной реакции (табл. 1).

Таблица 1. Сравнительная динамика цитологических показателей в процессе лечения

Клеточные элементы цитограммы (%)	Сравниваемые подгруппы больных n = 26	Сутки после начала лечения			
		1-е	3-и	5-е	7-е
Нейтрофилы (общее количество)	1-я	$93,4 \pm 0,86$	$78,6 \pm 0,43$	$55,6 \pm 0,40$	—
	2-я	$94,6 \pm 0,54$	$92,3 \pm 0,98^*$	$79,5 \pm 2,01^*$	$68,3 \pm 0,62$
Дегенеративно измененные нейтрофилы	1-я	$47,7 \pm 0,69$	$27,7 \pm 0,42$	$25,1 \pm 0,44$	—
	2-я	$49,3 \pm 0,54$	$74,2 \pm 0,30^*$	$65,1 \pm 0,38^*$	$48,2 \pm 0,46$
Лимфоциты, моноциты	1-я	$2,4 \pm 0,39$	$3,8 \pm 0,63$	$4,9 \pm 0,37$	—
	2-я	$3,3 \pm 0,56$	$3,3 \pm 0,33$	$4,1 \pm 0,77^*$	$6,1 \pm 0,38$
Мононуклеары	1-я	$1,7 \pm 0,14$	$6,5 \pm 0,78$	$6,5 \pm 0,42$	—
	2-я	$1,8 \pm 0,51$	$3,4 \pm 0,62^*$	$5,1 \pm 0,95^*$	$7,2 \pm 0,48$
Макрофаги	1-я	$0,2 \pm 0,11$	$3,6 \pm 0,23$	$4,2 \pm 0,22$	—
	2-я	$0,2 \pm 0,18$	$0,5 \pm 0,20^*$	$1,6 \pm 0,38^*$	$7,8 \pm 0,51$
Фибробласты	1-я	0	$4,1 \pm 0,78$	$8,3 \pm 0,53$	—
	2-я	0	$0,6 \pm 0,14^*$	$3,3 \pm 0,78^*$	$7,8 \pm 0,44$
Фиброциты	1-я	0	$1,1 \pm 0,23$	$3,5 \pm 0,42$	—
	2-я	0	0	$0,7 \pm 0,32^*$	$2,8 \pm 0,42$

Примечание. У больных 1-й группы исследование на 7-е сутки не проводилось в связи с ранним закрытием раны швами; * – различия показателей достоверны по сравнению с показателями больных 1-й группы ($p < 0,05$).

В поле зрения преобладали сегментоядерные нейтрофильные лейкоциты, половина из которых имела дегенеративные изменения различной степени. В равном отделяемом присутствовали элементы детрита и фибрина. Обнаруживалась кокковая микрофлора в незначительном количестве, которая выявлялась внутриклеточно, преимущественно на стадии завер-

шенного фагоцитоза, тогда как в препаратах пациентов группы сравнения микрофлора большей частью лежала свободно между распадающимися лейкоцитами, меньшей – обнаруживалась внутриклеточно с признаками незавершенного фагоцитоза.

На 3-и сутки цитограммы пациентов основной группы характеризовались уменьшением содержа-

ния фибрина и некротического детрита. Отсутствовала свободная и внутриклеточная микрофлора. В клеточном составе были выявлены положительные изменения, свидетельствующие о переходе воспалительного типа цитограммы к воспалительно-регенераторному. Последний характеризовался стиханием воспалительной реакции, наличием большого количества макрофагов, активацией фагоцитоза, увеличением количества полибластов, лимфоцитов, фибробластов и фиброцитов.

К 5-м суткам от начала лечения цитологическая картина приобретала ещё более выраженный регенераторный характер. На фоне значительного снижения количества лейкоцитов был выявлен рост клеток фибробластического ряда. При этом значительно изменился их состав: преобладающими стали зрелые веретенновидные фибробласты и фиброциты.

У пациентов группы сравнения на 3-и сутки после начала лечения в мазках-отпечатках по-прежнему содержалось большое количество элементов некротического детрита и фибрина. Определялась свободная кокковая микрофлора, а также были выявлены признаки незавершенного фагоцитоза. Нейтрофилы по-прежнему составляли абсолютное большинство в клеточном составе, дегенеративно измененные их формы при этом преобладали. Практически отсутствовали макрофаги и клетки фибробластического ряда. Подобные параметры свидетельствовали о выраженном воспалительном процессе и задержке очищения раны.

К 5-м суткам значительных изменений в сравнении с предыдущими наблюдениями в цитологической картине мазков-отпечатков не выявлено. Только на 7-е сутки в данной клинической группе больных наблюдались активизация репаративного процесса и переход воспалительной фазы раневого процесса во вторую, регенераторную. В цитограммах при этом было обнаружено снижение общего количества лей-

коцитов. Появились активные макрофаги. Активизировалась фибробластическая реакция.

Таким образом, применение NO-содержащего воздушно-плазменного потока в комплексном лечении больных позволяет быстро уменьшить воспалительные явления, стимулирует развитие грануляционной ткани и ускоряет процесс эпителизации. Это позволило нам у пациентов основной группы на 3-4 дня раньше, чем у больных в группе сравнения, закрыть рану швами и на 4-5 дней сократить сроки стационарного лечения.

Выводы

1. Заживление гнойных ран лица и шеи при использовании воздушно-плазменного потока протекает по общебиологическим законам, а воздушно-плазменная коагуляция и NO-терапия оптимизируют этот процесс, воздействуя на его основные звенья.

2. Воздушно-плазменная коагуляция способствует удалению некротических тканей, а вместе с ними и субстрата для развития раневой микрофлоры, губительно действует на возбудителей как за счет температурного фактора, так и за счет прямого и опосредованного бактерицидного эффекта оксида азота. NO активизирует макрофагальную реакцию и фагоцитоз, стимулирует рост и созревание фибробластов, оказывает бактерицидное действие.

3. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами лица и шеи с использованием воздушно-плазменного потока целесообразно проводить с учетом фазы раневого процесса. Режим воздушно-плазменной коагуляции наиболее эффективен в воспалительную фазу, режим NO-терапии – в регенераторную.

4. Цитологический метод исследования является простым, легко воспроизводимым и объективным методом исследования. Цитологические показатели позволяют клиницисту в реальном времени оценивать эффективность проводимого лечения и составлять дальнейший прогноз течения патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабисов Р.К., Соколов В.В., Шехтер А.Б. и др. Первый опыт применения экзогенной NO-терапии для лечения послеоперационных ран и лучевых реакций у онкологических больных // Российский онкологический журнал. – 2000. – № 1. – С. 24-29.
2. Камаев М.Ф. Инфицированная рана и ее лечение. – М.: Медицина, 1990. – 189 с.
3. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. – 592 с.
4. Решетов И.В., Кабисов Р.К., Шехтер А.Б. и др. Применение воздушно-плазменного аппарата «Плазон» в режимах коагуляции и NO-терапии при реконструктивно-пластических операциях у онкологических больных // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2000. – № 4. – С. 24-39.
5. Хрупкин В.И., Писаренко Л.В., Шехтер А.Б. и др. Применение воздушно-плазменного потока в комплексном лечении ран мягких тканей // Раны и раневая инфекция: Матер. Международн. конф., посв. 25-летию отделения ран и раневой инфекции института хирургии им. А.В. Вишневского. – М., 1999. – С. 290-292.
6. Шехтер А.Б., Кабисов Р.К., Пекшев А.В. и др. Экспериментально-клиническое обоснование плазмодинамической терапии ран оксидом азота // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1998. – Т. 126. – № 8. – С. 210-215.

7. Efron D.T., Most D., Barbul A. Role of nitric oxide in wound healing //Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. – 2000. –Vol. 3. – № 3. – P. 197-204.
8. Schaffer M.R., Tantry U., Gross S.S. et al. Nitric oxide regulates wound healing //J. Surg. Res. – 1996. – Vol. 63. – P. 237-240.
9. Shekter A.B., Pekshev A.W., Perov Y.L. et al. The effect of nitrogen oxide on healing of wounds //Virchow Archiv. – 1999. – Vol. 435. – № 3 – P. 225.

УДК 616.458-002-053.4:611-018.53

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЛИМФАДЕНИТОМ ЛИЦА И ШЕИ

Анохина И.В., Забелин А.С., Макаренкова Л.В.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

HAEMOTOLOGIC INDICES IN CHILDREN WITH LYMPHADENITIS OF THE FACE AND NECK

Anochina I.V., Zabelin A.S., Makarenkova L.V.

The Smolensk State Medical Academy

В статье приведен результат обследования 25 детей с лимфаденитом лица и шеи челюстно-лицевой области. Показана зависимость гематологических показателей от стадии воспалительного процесса.

Ключевые слова: лимфаденит, гематологические показатели.

The result of examination of 25 children with lymphadenitis of the face and neck of maxillofacial area is presented in the article. The link of haemotologic characteristics from the inflammatory process stage is demonstrated.

Key words: lymphadenitis, haemotologic characteristics.

Увеличение лимфатического узла – распространенное заболевание у детей и является следствием различных патологических процессов. Заболевание имеет тенденцию к росту и составляет 20–35% от всех воспалительных процессов челюстно-лицевой области [1]. По данным А.М. Reuss, М. Wiese-Posselt, В. Weimann et al. (2009), частота лимфаденита у иммунокомпетентного ребенка составляет 97%, а рецидивы заболевания 3,1 на 100000 детей [7]. Чаще встречаются неонтогенные лимфадениты в возрасте от 6–11 лет [5].

С данной патологией детей родители обращаются к врачам различных специальностей – стоматологам, педиатрам, хирургам, отоларингологам, иммунологам. У врачей-клиницистов достаточно часто возникают трудности в определении стадии развития воспалительного процесса и дальнейшей тактике лечения ребенка, так как общепринятые методы обследования детей не всегда позволяют ее установить.

Цель исследования – оценить гематологические показатели детей с лимфаденитом лица и шеи в зависимости от стадии развития заболевания.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 25 детей в возрасте от 4 до 7 лет с лимфаденитом лица и шеи,

госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы. В зависимости от стадии развития воспалительного процесса было выделено 2 группы больных. В первую группу вошли 10 детей с острым серозным лимфаденитом лица и шеи, во вторую – 15 пациентов с острым гнойным.

При осмотре ребенка оценивали локализацию и размер лимфатического узла, подвижность, болезненность, наличие симптома флюктуации, состояние окружающих тканей. Дополнительно проводились общеклиническое обследование, дополнительные методы диагностики (ультразвуковое исследование, пункция лимфатического узла), консультация отоларинголога, педиатра. Неспецифическую иммунологическую реактивность оценивали с помощью интегральных лейкоцитарных индексов, которые представлены частным от деления одних клеточных элементов клеток крови на другие [3, 4]. Вычисляли: ИСНЛ (индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов), отражающий клеточный баланс показателей неспецифической и специфической защиты; ИСЛМ (индекс соотношения лимфоцитов и моно-

цитов), указывающий на взаимодействие представителей эффекторного и аффекторного клеточных звеньев иммунитета; ИСНМ (индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов), дающий представление о взаимосвязях клеток фагоцитов как компонента микро-макрофагальной системы защиты организма больного; ИСЛЭ (индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов), определяющий выраженность гиперчувствительности замедленного и немедленного типа. Данные индексы соотношений определяли при поступлении и выписке ребенка в стационар.

Для сравнения с нормой использовали показатели этих индексов, определенные у здоровых детей [3, 4].

Результаты обследования и их обсуждение

Среди обследуемых детей было 15 мальчиков и 10 девочек, из них городских – 11, сельских – 14. Воспалительный процесс неodontогенной этиологии наблюдался у 19 детей, у остальных причиной развития лимфаденита был одонтогенный источник инфекции. Общее состояние детей в первой группе было удовлетворительным, температура тела – в пределах нормы или субфебрильная. При пальпации определялся болезненный, плотноэластической консистенции лимфатический узел, кожа над ним в цвете не изменена, собиралась в складку. У детей второй группы общее состояние было средней тяжести или удовлетворительным, гипертермия достигала 38°C. При местном обследовании определялся воспалительный инфильтрат без четких границ, спаянный своим основанием с окружающими тканями, подвижность его была ограничена. Симптом флюктуации выявлен только у 37% детей.

Оценка общего анализа крови показала, что среднее количество лейкоцитов при серозном лимфадените составило $9,48 \pm 0,65 \times 10^9$, а при гнойном – $11,96 \pm 0,85 \times 10^9$ (рис. 1). Среднее значение СОЭ у детей увеличивалось пропорционально тяжести течения заболевания (рис. 2). При серозном лимфадените оно составило $13,23 \pm 0,96$ мм/час, а при гнойном $19 \pm 0,85$ мм/час.

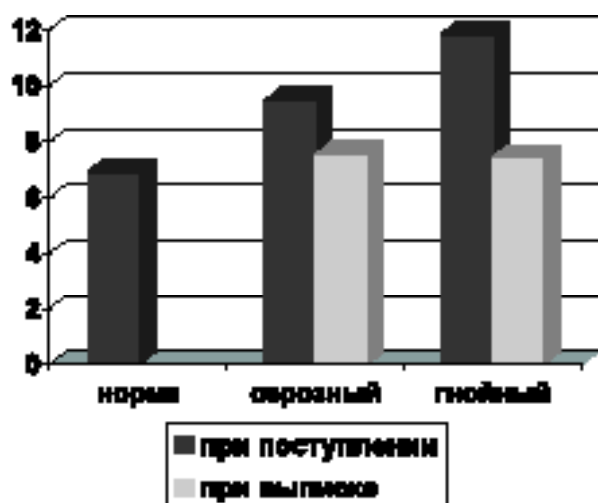


Рис. 1. Степень выраженности лейкоцитоза у детей с серозным и гнойным лимфаденитом.

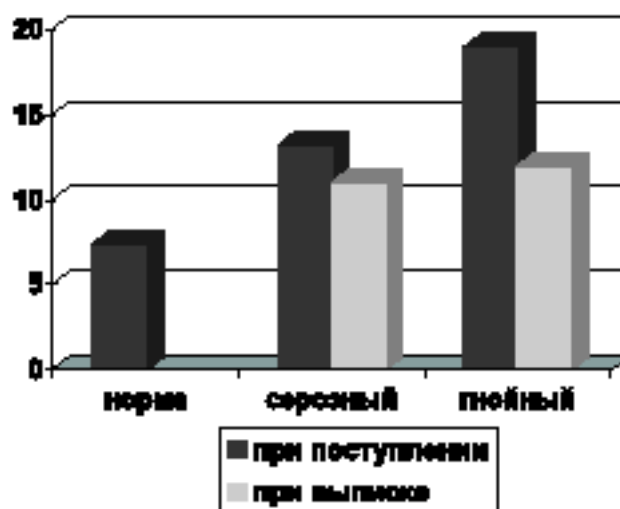


Рис. 2. Динамика СОЭ у детей с серозным и гнойным лимфаденитом

Как видно из представленных данных, при нарастании воспалительного процесса отмечаются увеличение общего количества лейкоцитов и повышение СОЭ. После проведенной терапии эти показатели снижались или приближались к норме.

Проведенные исследования гематологических индексов позволили установить определенные сдвиги в соотношениях представленных показателей и выявить зависимость их величин от стадии течения воспалительного процесса (табл. 1). Как видно из представленных данных, ИСНЛ увеличивается, причем при гнойной форме лимфаденита он вырос вдвое в сравнении с серозной стадией заболевания. Данный факт указывает на снижение иммунологической реактивности ребенка при развитии гнойного воспаления. В то же время ИСНМ оставался низким на всем протяжении заболевания, что указывает на угнетение микрофагально-макрофагальной системы защиты организма ребенка. ИСЛМ за счет снижения количества лимфоцитов при гнойном лимфадените уменьшался в 2 раза, а при серозном оставался в пределах нормы. При всех формах заболевания отмечается снижение ИСЛЭ в течение всего периода лечения, это дает основание предположить, что у детей с лимфаденитом воспалительный процесс развивается по гиперергическому типу.

Таблица 1. Гематологические индексы у детей с лимфаденитом ($M \pm m$)

Индексы	ИСНЛ	ИСНМ	ИСЛМ	ИСЛЭ
Норма	$1,15 \pm 0,04$	$10,08 \pm 0,89$	$8,73 \pm 0,78$	$24,03 \pm 2,86$
Серозный лимфаденит	$3,40 \pm 0,84$	$14,99 \pm 2,1$	$8,85 \pm 1,38$	$14,99 \pm 2,9$
	$2,61 \pm 0,87$	$9,56 \pm 1,91$	$5,76 \pm 0,91$	$20,16 \pm 3,11$
Гнойный лимфаденит	$2,87 \pm 0,88$	$8,51 \pm 1,38$	$3,84 \pm 0,38$	$19,91 \pm 2,9$
	$1,27 \pm 0,47$	$10,35 \pm 1,75$	$4,35 \pm 0,2$	$11,66 \pm 1,33$

- числитель показатель при поступлении

- знаменатель показатель при выписке

При исследовании гематологических индексов соотношения клеток у детей с лимфаденитом лица и шеи в зависимости от стадии воспалительного процесса установлена различная направленность их изменений. После проведенного лечения регистрируется нормализация либо положительная динамика показателей индексов. Наиболее информативными индексами являются ИСНЛ, ИСЛМ.

Выводы

Определение индексов соотношения лейкоцитов крови дает возможность более глубоко оценить уровень иммунологической реактивности, общее состояние ребенка, что повышает информативную ценность клинического анализа крови.

Гематологические индексы позволяют определять стадию воспалительного процесса в лимфатическом узле, прогнозировать течение заболевания, осуществлять контроль над динамикой проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) /Под ред. А.Г. Шаргородского. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 528 с.
2. Мустафина Ж.Г., Крамоненко Ю.С., Кобцева В.Ю. Интегральные гематологические показатели в оценке иммунологической реактивности у больных офтальмопатологии //Клин. лаб. диагностика. – 1999. – № 5. – С. 47-49.
3. Осин А.Я. Гематологические изменения у детей различного возраста //Лабораторное дело. – 1986. – № 8. – С. 483-487.
4. Осин А.Я. Соотношение лейкоцитов периферической крови у детей различного возраста //Лабораторное дело. – 1987. – № 6. – С. 427-430.
5. Петрович Н.И., Горбачева К.И. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей //Стоматологический журнал. – 2007. – № 4. – С. 335-337.
6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста /Под редакцией Л.В. Харкова. – М.: Книга плюс, 2005. – 470 с.
7. Reuss A.M., Wiese-Posselt M., Weimann B., Siedler A., Zuschneid I, An der Heiden M., Claus H., von Kries R., Haas W.H. Incidence rate of nontuberculous mycobacterial disease in immunocompetent children: a prospective nationwide surveillance study in German //Pediatr Infect. Dis J. – 2009. – Vol. 28. – № 7. – P. 642-644.

УДК 615.273.5.038

ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕТОКСИЧЕСКОЙ И АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «АЛЮФЕР»

Артюшкевич А.С., Тамилович Г.В., Мельнова Н.И., Гапанович В.Н.

БелМАПО;

УП «ЛОТИОС»;

ГУ «РНПЦ ГТ» МЗ Республики Беларусь

EXAMINATION OF GENERAL TOXIC AND ANTISEPTIC EFFICACY OF HAEMOSTATIC MEDICINE «ALUFER»

Artyushkevich A.S., Tamilovich G.V., Melnova N.I., Gapanovich V.N.

Republic of Belorussia

Гемостатический препарат «Алюфер» помимо основного действия обладает выраженным бактериостатическим, бактерицидным, антимикозным эффектом. Бактерицидная активность «Алюфера» не уступает 0,5% раствору хлоргексидина и 5% спиртовому раствору йода. «Алюфер» не обладает побочными общетоксическими эффектами.

Haemostatic medicine «Alufer» besides its main action has evident bacteriostatic, bactericidal, antimycotic effect. Bactericidal effect of «Alufer» does not yield the one of 0,5% of chlorgecsidine solution and 0,5% of alcohol iodine solution. «Alufer» has no side effects.

В настоящее время известно много препаратов и их комбинаций, обладающих гемостатической активностью при местной аппликации, которые широко используются для остановки кровотечения в челюстно-лицевой хирургии [1]. Идеальный гемостатический препарат должен не только проявлять свои целевые свойства, но и гарантировать безопасность для пациента при его использовании. Одним из новых требований, предъявляемых к современным гемостатикам, является их способность проявлять высокую антибактериальную активность. Таким препаратом является разработанный в РНПЦ гематологии и трансфузиологии «Алюфер», представляющий собой комбинированный препарат местного действия, основу которого составляют неорганические соли железа и алюминия ($FeCl_3$ и $AlCl_3$).

Целью настоящего исследования является изучение влияния длительного перорального введения гемостатического средства «Алюфер» на некоторые цитологические и биохимические показатели периферической крови, патоморфологические изменения внутренних органов экспериментальных животных, а также определение его антисептических свойств путем изучения минимальных ингибирующих и минимальных бактерицидных концентраций для типовых культур микроорганизмов и для культур стрептококков, стафилококков, псевдомонад и энтеробактерий, выделенных от больных с местными гнойно-септическими инфекциями в челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования

Исследование хронической токсичности нового гемостатического средства «Алюфер» проводили на мелких лабораторных животных обоего пола (белые крысы линии Вистар массой 200 ± 20 г; $n = 40$), стандартизированных по возрасту. Препарат вводили в среднесуточной терапевтической дозе (0,07 мл/кг), в течение 10 суток ежедневно, перорально. Экспериментальные животные были разделены на 4 серии. Первую составили интактные животные (контроль), вторую, третью и четвертую – животные, которые были выведены из эксперимента на 1-е сутки, 1 месяц и 3 месяца после завершения курсового введения препарата. Взятие крови для цитологического и биохимического анализов осуществляли на 1-е сутки, через 1 и 3 месяца после окончания курсового введения препарата [2]. Цитологические исследования проводили на анализаторе крови «Coulter Ac T diff» (Италия), биохимические параметры определяли на анализаторе «EOS-bravo» (США) [3, 4]. Параллельно проводили определение весовых коэффициентов основных органов жизнеобеспечения, а также их макроскопическое и гистологическое исследование [5].

Исследование бактериостатической активности «Алюфера» основывалось на определении минимальных ингибирующих концентраций (МИК) для культур микроорганизмов, выделенных от больных с местными гнойно-воспалительными заболеваниями (*Streptococcus pyogenes* – 9 штаммов, *Staphylococcus aureus* – 12 штаммов, *Pseudomonas aeruginosa* – 12 штаммов, *Enterobacteriaceae* – 17 штаммов), которое проводилось методом серийных разведений в плотной питательной среде [6].

Изучение бактерицидной активности гемостатического средства базировалось на определении минимальной бактерицидной концентрации (МБК) «Алюфера» для типовых культур микроорганизмов (*Staphylococcus aureus* (ATCC 29213), *Escherichia coli* (ATCC 11229), *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 15412), *Streptococcus faecalis* (ATCC 29212), *Candida albicans* ATCC 10231) в качественном суспензионном методе в сравнении с контрольными препаратами (96% этиловый спирт, 0,5% раствор хлоргексидина и 5,0% спиртовой раствор йода). Результаты учитывали по наличию или отсутствию роста культуры в бульоне при наличии роста в контроле.

Полученные результаты обрабатывали с использованием общепринятых параметрических и непараметрических методов статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Хроническая токсичность гемостатического средства «Алюфер»

Курсовое пероральное введение крысам «Алюфера» на протяжении всего исследуемого периода наблюдений не вызывало изменений со стороны цитологических показателей крови, что подтверждалось стабильностью в их количественном составе и отсутствием патологически измененных клеток (пойкилоцитоз, анизоцитоз). В течение первого месяца после отмены курса отмечались положительная динамика в отношении уровня сывороточного железа (СЖ) и транзиторное (1-е сутки) повышение общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), что, очевидно, было обусловлено постепенным включением в общий метаболизм железа, входящего в состав исследуемого препарата «Алюфер» (табл. 1).

Исследуемое гемостатическое средство не оказывало существенного влияния на динамику основных общеклинических биохимических параметров крови.

Интрагастральное курсовое введение «Алюфера» не вызывало существенных изменений весовых коэффициентов внутренних органов крыс. Макроскопическое изучение печени, почек, легких, селезенки и сердца показало, что они имели нормальные размеры, окраску, консистенцию и структуру (на срезе).

Таблица 1. Содержание сывороточного железа и общая железосвязывающая способность сыворотки крыс при курсовом введении «Алюфера»

Условия эксперимента	СЖ, мкМ/л	ОЖСС, мкМ/л
Интактные животные	25,1+3,61	68,2+2,31
Через 1 сутки после окончания курса введений	38,6+0,19*	78,4+2,10*
Через 1 месяц после окончания курса введений	40,2+4,72*	65,4+3,06
Через 3 месяца после окончания курса введений	38,1+8,77	72,3+0,75

Примечание. * – достоверность различий по отношению к интактным животным при уровне значимости $P \geq 0,05$.

При гистологическом исследовании не было установлено отклонений от присущих интактным животным органотипических особенностей строения легких, сердца, печени и почек. В селезенке отмечалось незначительное отложение гемосидерина, что при отсутствии дистрофических и склеротических изменений в этом органе можно оценивать как проявление депонирующих функций, наблюдаемое при повышенном поступлении железа в организм.

Антимикробное действие гемостатического средства «Алюфер»

Изученные культуры микроорганизмов характеризовались высокой чувствительностью к действию «Алюфера». МИК препарата для *Staphylococcus aureus* и *Pseudomonas aeruginosa* варьировали от 0,98 до 1,95 мг/мл, для *Streptococcus pyogenes* и *Enterobacteriaceae* – от 0,98 до 3,91 мг/мл.

Бактерицидная активность оценивалась по МБК «Алюфера» для типовых культур микроорганизмов и составила для *Streptococcus faecalis* 0,39–1,562% в зависимости от экспозиции препарата. Хлоргексидин и 5,0% спиртовой раствор йода проявляли самые высокие уровни антимикробной активности в отношении *Streptococcus faecalis* (МБК 0,002–0,005% и 0,0195–0,039% соответственно). Антистрептококковая активность этилового спирта была существенно ниже.

По отношению к *Escherichia coli* высокий уровень антимикробной активности отмечен у 5,0% спирто-

вого раствора йода (МБК 0,039–0,078%), «Алюфера» и 0,5% раствора хлоргексидина (МБК 0,781–6,25% и 0,004–0,032% соответственно). Этиловый спирт вызывал гибель тест-микробов только в 48,0% концентрации при экспозиции 3 часа и выше.

«Алюфер» в концентрациях 1,562, 3,125 и 6,25% вызывал гибель *Staphylococcus aureus* при действии в течение 24,0; 5,0 и 0,5 часа соответственно. Антистафилококковая активность 0,5% раствора хлоргексидина и 5,0% спиртового раствора йода была несколько более высокой. Этиловый спирт в концентрациях 24,0 и 48,0% вызывал гибель стафилококка при действии в течение 3 и 24 часов соответственно.

МБК «Алюфера» для *Pseudomonas aeruginosa* составили: 0,781% – при 24-часовой экспозиции; 1,562% – при 3–5-часовой и 6,25% – при 30-минутной. По уровню антисинежной активности исследуемое гемостатическое средство занимало промежуточное положение между 5,0% спиртовым раствором йода и 0,5% раствором хлоргексидина.

По отношению к *Candida albicans* наиболее высокая активность отмечена у 5,0% спиртового раствора йода. «Алюфер» и 0,5% раствор хлоргексидина проявляли близкие и очень высокие уровни противогрибковой активности, вызывая гибель тест-микробов в разведениях 1:64–1:512 в зависимости от экспозиции.

Выводы

1. Новое гемостатическое средство «Алюфер» не проявляет общетоксических свойств при ежедневном курсовом (в течение 10 дней) введении крысам в суточной терапевтической дозе (0,07 мг/кг). Интрагастральное введение препарата в количестве, учитывающем возможность развития кумулятивного эффекта, не вызывает отклонений в клеточном составе и основных биохимических показателях периферической крови животных, не сопровождается развитием необратимых изменений со стороны внутренних органов.

2. Лекарственная форма «Алюфера» характеризуется высоким уровнем бактериостатической, бактерицидной и антимикозной активности. Минимальная ингибирующая концентрация по отношению к культурам стрептококков, псевдомонад и энтеробактерий, выделенных от больных с местными гнойно-воспалительными заболеваниями, составляет 0,98–3,91 мг/мл. Гемостатическое средство «Алюфер» не уступает по проявлению бактерицидной активности 0,5% раствору хлоргексидина и 5,0% спиртовому раствору йода в отношении типовых культур стафилококка, стрептококка, кишечной палочки, синегнойной палочки и кандид.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байдун, Л.В. Значение автоматического анализа крови в клинической практике /Л.В. Байдун, Л.В. Логинов //Гематол. и трансфузиол. – 1996. – Т. 41. – № 2. – С. 36-40.
2. Гемостатические средства местного действия (обзор) /Г.Г. Белозерская [и др.] //Химико-фармацевтический журнал. – 2006. – Т. 40. – № 7. – С. 9-15.
3. Иванов, С.В. Токсикологическая оценка новых химических веществ /С.В. Иванов. – М.: Медицина, 1992. – С. 34-36.
4. Камышников, В.С. Клинико-биохимическая лабораторная диагностика: в 2 т. /В.С. Камышников. – Минск: Интерпрессервис. – Т. 1. – 2003. – 496 с.
5. Осипенкова-Вичтомова Т.К. Судебно-гистологическая экспертиза костей /Т.К. Осипенкова-Вичтомова. – М.: Лем-Сервис, 2000. – 143 с.
6. Antimicrobial activity of garlic against oral streptococci /F.C. Groppo [et al.] //Int. J. Dent Hyg. – 2007. – № 2. – P. 109-115.

УДК 616.31:614.23:616-052:612.821:34

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Афанасьева О.Ю., Малюков А.В., Максютин И.А.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

THE STUDY OF FACTORS INFLUENCING ON THE QUALITY OF DENTAL CARE

Afanasjeva O.Y., Malukov A.V., Maksyutin I.A.

The Volgograd State Medical University

Данная статья посвящена обсуждению факторов, оказывающих влияние на качество медицинской помощи, по мнению пациентов стоматологических поликлиник г. Волгограда. Результаты, полученные авторами, могут использоваться административным аппаратом поликлиник для выработки оптимальной стратегии работы стоматологической службы.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, конфликт, правовая база оказания медицинской помощи, гражданские иски.

This paper is devoted to the discussion of factors, influencing the quality of medical care from the data point of view of Volgograd stomatologic clinics patients. The obtained results can be used by administrative staff of out-patients departments to work out optimal strategy of the stomatological service.

Key words: the quality of medical care, conflict, legal basis of medical care rendering, civil actions.

Социальный аспект отношений между врачом и пациентом в современной стоматологии приобретает особую значимость в условиях острой борьбы за пациента между стоматологическими организациями различных форм собственности [1, 2, 4]. У современных больных существует устойчивая мотивация на получение качественной стоматологической услуги, высокого уровня обслуживания и современного сервиса [3, 5, 6].

В условиях внедрения медицинского страхования и совершенствования законодательной базы здраво-

охранения произошло резкое возрастание случаев обращения пациентов в судебные органы с гражданскими исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием лечебно-диагностической помощи, и компенсации морального вреда.

Материал и методы исследования

На протяжении последних лет при анализе состояния и тенденции развития стоматологической службы используются методы социологического исследования. Преимущество данного метода заключается в

том, что он позволяет достаточно оперативно получить необходимую информацию, характеризующую многие качественные аспекты оказания стоматологической помощи [3]. Информация, формируемая в процессе медико-социологического мониторинга, позволяет управлять процессом повышения качества медицинской помощи.

Материалы собственных исследований

Изучение мнения населения о качестве стоматологического лечения проведено на основании обобщения данных, полученных в ходе анкетирования пациентов, обратившихся в районные стоматологические поликлиники г. Волгограда в 2009 году.

В исследовании приняли участие 195 пациентов, из них 121 (62%) женщина, 74 (38%) мужчины, в возрасте от 20 до 65 лет. Анкета заполнялась при первом посещении врача, все респонденты отвечали на вопросы анкеты добровольно и анонимно. При работе с пациентами соблюдались все необходимые этические требования.

Результаты исследования и их обсуждение

Для выяснения причин неудовлетворенности качеством медицинской помощи респондентам были предложены следующие критерии, представленные в таблице 1.

Причины неудовлетворенности медпомощью	Абс.	%
Очереди на прием к врачу	156	80
Очереди на рентгенографию и ФТЛ	57	29,23
Профессиональный уровень врача	15	7,69
Невнимательность медицинского персонала	42	21,53
Грубость работников регистратуры	39	20
Грубость врачей и медсестер	31	15,89
Плохой внешний вид поликлиники	32	16,42
Другие	5	2,56

Полученные результаты позволили сделать определенные **выводы**:

· Наиболее неприятными для пациентов оказались очереди на прием к врачу (80% случаев), а также очереди на проведение рентгенографии и ФТЛ – 29,23%.

Координация работы в этом направлении зависит от многих составляющих: умения врачом правильно и рационально использовать рабочее время, работы медицинских сестер и регистратуры. Наибольшее количество времени, по нашим наблюдениям, пациенты обычно тратят в ожидании приема врача в так называемую пересмену. Мы уверены, что неоправданно длительное ожидание приема врача, прове-

дения рентгенографии или физиотерапевтической процедуры может создать конфликтную ситуацию в отношениях между врачом и пациентом.

· К сожалению, невнимательность и грубость медицинских работников достаточно активно беспокоят пациентов.

В медицине практически всегда конфликты переходят из сферы деловых отношений в сферу чисто личностную. Причинами, предрасполагающими к возникновению конфликтных ситуаций, могут быть личностные особенности врача и пациента: повышенная тревожность, вспыльчивость, подозрительность, излишняя принципиальность и прямолинейность в высказываниях и суждениях и т. д.

Такие причины развития конфликтов в стоматологической сфере, как невнимательность медицинского персонала, грубость работников регистратуры, грубость врачей и медсестер и т. д., находятся в рассмотрении биоэтики. Отношения между медиками и пациентами выходят за рамки обычных отношений между людьми, эти отношения требуют знаний и соблюдения изменяющихся принципов этики врача и больного. Пусковым моментом в развитии конфликта нередко служит отсутствие должного контакта с больным: чем глубже недоверие (имеющее разные основания) к врачу, тем чаще проявляются действия в виде сутяжничества или агрессии по отношению к медицинским работникам.

· Отрадно, что претензии к уровню профессиональной подготовки врачей-стоматологов составили наименьший результат – 7,69% – по отношению к другим обозначенным нами причинам.

Заключение

Анализируя полученные данные, можно сделать определенные выводы: взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми врачу любой специальности приходится постоянно сталкиваться в своей профессиональной деятельности. Врач и пациент являются равноправными участниками лечебного процесса. От профессионального уровня врача, информированности пациента, степени доверия и согласия между ними и осознанно принятых пациентом решений во многом зависит успех лечения и, в конечном счете, здоровье и жизнь пациента.

По нашему мнению, полученные результаты должны анализироваться административным аппаратом стоматологических поликлиник для нивелирования последствий этих негативных факторов и выработки оптимальной стратегии работы стоматологической службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова Н.Л. Реализация прав пациентов в системе ОМС /Н.Л. Антонова, В.А. Булавин, О.В. Беляевский, П.Д. Карачев //Социология медицины. – 2004. – № 3. – С. 45-48.

2. Бондаренко Н.Н. Экспертиза и контроль качества стоматологических услуг //Стоматолог. – 2006. – № 1. – С. 3-7.
3. Ввозный В.В. Качественные аспекты оказания стоматологической помощи (мнение пациентов) /В.В. Ввозный, В.И. Долгинцев, А.В. Брагин, В.М. Семенюк //Социология медицины. – 2005. – № 2 (7). – С. 44-45.
4. Кицул И.С. Где формируется спрос на стоматологические услуги? //Стоматолог. – 2006. – №3. – С. 10-14.
5. Леонтьев В.К. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля /В.К. Леонтьев, Р.П. Макарова, Л.И. Кузнецова, Ю.С. Блохина //Стоматология. – 2001. – №6. – С. 63-67.
6. Любова Ю.Ш. Организация системы стандартизации для оценки и повышения качества оказания стоматологической помощи /Ю.Ш. Любова, У.С. Тучик, Т.Г. Попова, С.А. Коврик //Медицинское право. – 2008. – №2. – С. 44-47.

УДК 334.02

ПУТИ И МЕХАНИЗМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАФЕДРАЛЬНОЙ НАУЧНОЙ РАБОТЫ, А ТАКЖЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ЕЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Бессмертных Т.В., Саливончик М.С., Копытов А.А., Рыжова И.П.
ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет»

WAYS AND MECHANISMS OF CHAIR SCIENTIFIC WORK ADVANCE AS WELL AS THE POSSIBILITIES OF ITS RESULTS COMMERCIALIZATION

Bessmertnih T.V., Salivonchik M.S., Rijova I.P., Kopitov A.A.
The Belgorod State University

Мировой экономический кризис отрицательно влияет в том числе и на вузовскую науку. Сокращается финансирование всех статей бюджета. В этой связи необходимо искать пути коммерциализации результатов научных исследований.

Ключевые слова: кризис, исследования, инновации, коммерциализация.

World economic crisis has an adverse effect on scientific work in Higher Education

Establishments. Financing of all budget items is being reduced. In this regard it is necessary to search for any ways of commercialization of scientific research results.

Key words: crisis, researches, innovations, commercialization.

Сбалансированность научно-педагогической работы и успешной коммерциализации её результатов – залог устойчивого развития высшего учебного заведения. Отмечено, что для этого необходимо прежде всего перейти на разумно-достаточный уровень материально-технических затрат при расширенном в то же время росте научно-внедренческой деятельности. Для учебного заведения совершенствование научной работы оптимальным будет лишь в случае исполнения УМК рационально дополненных региональным компонентом. В этом случае выпускник сразу после оконча-

ния высшего учебного заведения сможет включиться в исследовательский процесс. Денежные средства на то, чтобы довести до состояния реальности (в понимании нового сотрудника) проводимой кафедрой разработки, тратить не придётся. Показано, что работа над возможной коммерциализацией результатов научной работы должна проводиться на протяжении всего цикла обучения студента с постоянной коррекцией УМК.

Цель исследования – изучить возможность коммерциализации научной работы кафедры в период общего упадка экономики.

Механизмы совершенствования научной работы могут основываться на использовании имеющихся условий и ресурсов:

- заключение соответствующих договоров со сторонними организациями и реализация внутреннего потенциала, позволяющих использовать компьютерные технологии изготовления зубных протезов из усовершенствованных материалов, рентгенологическое оборудование, позволяющее моделировать физиологические процессы в 3D-формате, CAD/CAM-центры;

- высокотехнологичное эндодонтическое оборудование, работающее с применением волоконной оптики;

- привлечение структурных подразделений вузов с целью исследования возможности применения в интересах стоматологии наноструктурных материалов и нанотехнологий;

- совместная деятельность с экспериментально-производственными объединениями, работающими на рынке.

Учебное подразделение, располагая возможностями участия в перечисленных проектах как в качестве научного механизма, используя потенциал профессиональных научно-исследовательских кадров, так и лечебной базы, может проводить исследовательскую и внедренческую деятельность по следующим направлениям:

- мониторинг стоматологической заболеваемости населения региона;

- анализ состояния школьной стоматологической службы в регионе и перспективы ее реализации;

- оптимизация общеизвестных и разработка новых методов диагностики, профилактики и лечения больных с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области на основе возможностей рентгеновской компьютерной томографии;

- установление критериев, характеризующих динамику течения предклинических состояний и отслеживания достижения и течения адаптационно-реабилитационного процесса пациентов, страдающих стоматологической патологией;

- разработка и совершенствование клинко-функциональных методов диагностики и восстановления зубочелюстной системы при ортопедическом лечении;

- исследование и разработка методик оценки прочностных характеристик стоматологических материалов с целью совершенствования их свойств, применяемых в стоматологии;

- апробации и внедрение методик, определяющих биосовместимость стоматологических материалов.

Прогнозируемый результат научных исследований: повышение эффективности стоматологического

лечения пациентов; повышение рентабельности стоматологической клиники университета.

Эффективно решить вопрос возможной коммерциализации продукта, полученного применением инновационных разработок, возможно при выполнении следующих мероприятий.

1. Необходимо создать обстановку, способствующую тому, чтобы предприятия здравоохранения могли эффективно применять научно-технические достижения для реализации коммерческого продукта путём:

- привлечения к сотрудничеству врачей, имеющих клинический опыт. Данная политика неоптимальна, т. к. не каждый стоматолог-профессионал сочтёт для себя возможным (выгодным) изучение технологий в пределах инновационного центра с последующим применением по основному месту работы;

- создания условий для вовлечения в клиническую и поисковую деятельность студентов для их совместной работы с профессиональными исследователями. Освоенные компетенции в контексте социально-экономической ситуации способствуют повышению конкурентоспособности выпускников и в итоге служат улучшению экономической ситуации в стране.

2. Особую роль в оказании стоматологической помощи играют частные стоматологические кабинеты. По этой причине желательно создать для малого бизнеса льготные условия получения и использования новых технологий, разработанных в том числе за счет федерального бюджета.

3. Важно, чтобы инновационные проекты опирались на существующую инфраструктуру и создавали мотивацию для выращивания крупных корпоративных комплексов.

4. Успех инновационной политики зависит от согласованных действий всех заинтересованных структур. Необходимо разработать меры по укреплению и развитию имеющихся структурных звеньев, созданию недостающих элементов системы и содействовать укреплению связей между ними. Речь идёт о развитии лизинга в финансовой или возвратной форме. Приобретение основных средств в форме лизинга позволят снизить налоговую нагрузку предприятия. В частности, платежи по лизинговым договорам уменьшают налогооблагаемую базу по налогу на прибыль (являются затратами). Кроме этого, ускоренная амортизация (с коэффициентом 3) позволяет балансодержателю снижать базу для расчёта налога на имущество и дополнительно снизить базу расчёта налога на прибыль. Планирование потоков НДС при лизинге требует тщательного подхода в соответствии с действующими нормативными документами и иногда может обеспечить дополнительные выгоды при лизинге. В случае удалённости структурных подразделений особую роль приобретает соответствующая логистика.

5. Важным моментом является пропаганда (реклама) инновационной политики: предваряющее информирование разработчиков и стоматологов-клиницистов о мерах, принимаемых кафедральными базами, для стимулирования инновационной деятельности и выгод, получаемых внедрением инновационного продукта.

6. Необходимо как изыскание возможностей совместного лицензирования и внедрения разработок, проводимых параллельно иными организациями, так и разработка мер пресечения подобной деятельности.

7. Основным вектором инновационной политики является захват рынков внедрения высокотехнологичной продукции.

8. Вышеизложенное приведёт к повышению инвестиционной привлекательности всего созданного комплекса инновационных структур, что приведет к увеличению объемов вложения в нее финансовых средств и приходу лиц, желающих и имеющих достаточный опыт управления ими.

9. Проведённое создаст возможность для условной классификации проектов на академические (малодоступные с учётом поставленных задач и привлекаемых ресурсов) длительного внедрения и коммерческие с быстрым оборотом средств.

Академические отличаются большей глубиной рассматриваемых тем и предполагают межфакультетское и межвузовское взаимодействие.

Заключение.

В настоящее время привлекательны только коммерческие проекты. Несмотря на это, стоматологическая наука не встречает непреодолимых трудностей. Причина проста: любой приобретённый аппарат или прибор, используемый для калибровки проводимых исследований в стоматологии, может использоваться в диагностических алгоритмах. Стоимость прибора обратно пропорциональна числу возможных конкурентов, что соответственным образом уменьшает срок окупаемости. Именно эту аксиому необходимо доводить до сведения административно-хозяйствующего звена высшего учебного заведения.

УДК 616.716.8-002.3-08

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «МЕКСИДОЛ» НА УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Богатов В.В., Бурова Н.М.

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия»

THE INFLUENCE OF «MEXIDOL» ON THE LEVEL OF ENDOGENIC INTOXICATION IN PURULEN-DESTRUCTIVE DISEASES OF THE HEAD AND NECK

Bogatov V.V., Burova N.M.

The Tver State Medical Academy

В работе представлены данные об эффективности применения препарата «Мексидол» в комплексном лечении больных с флегмонами лица и шеи, имеющих соматические заболевания. Установлено, что включение этого препарата в базисную терапию этой категории больных способствует благоприятному течению инфекционно-воспалительного процесса, значительному снижению эндогенной интоксикации.

Ключевые слова: мексидол, флегмона, интоксикация.

The data on «Mexidol» effectiveness in complex management of patients with face and neck phlegmons and also with somatic diseases are presented in the work. Application of this drug in basic therapy of these patients was established to promote favorable course of inflammatory –infectious process and considerable decrease of endogene intoxication.

Медицинская статистика неумолимо свидетельствует о том, что тенденция к увеличению числа больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области сохраняется, причём

возрастает удельный вес тяжёлых патологий, повышается частота атипичных форм, в том числе характеризующихся молниеносным течением, а также увеличивается процент осложнений и летальных исходов [3, 4].

При заболеваниях, характеризующихся преобладанием деструктивно-воспалительных процессов, вследствие нарушения клеточно-тканевого метаболизма в организме больного происходит накопление конечных и промежуточных продуктов обмена веществ, что в ассоциации с микробными токсинами и угнетением систем естественной детоксикации обуславливает состояние эндогенной интоксикации. Выраженная эндогенная интоксикация отягощает течение местного воспалительного процесса, способствует его генерализации. Клинико-экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что в основе эндогенной интоксикации лежит механизм активации окислительных процессов, обусловленный интенсификацией образования свободных радикалов и других высокоактивных окислителей. Усиление свободнорадикального окисления приводит к напряжению, а в последующем – к истощению механизмов антиоксидантной защиты. Возникает дисбаланс окислительно-антиоксидантных процессов, и развивается окислительный стресс. Значительное накопление в крови и тканях токсических веществ приводит к частичной или полной блокаде органов или систем жизнеобеспечения, нарушению основных звеньев гомеостаза, что по принципу «порочного круга» усиливает эндогенную интоксикацию [4].

В связи с вышеизложенным актуален поиск новых путей оптимизации патогенетической терапии, направленной на обеспечение клеточного метаболизма и детоксикации, адекватной тканевой перфузии и оксигенации. Не отрицая микробного фактора и вопросов этиотропной терапии, лечение гнойно-деструктивных процессов головы и шеи необходимо рассматривать с точки зрения суммарного воздействия на патогенетические нарушения, коррекцию иммунного статуса, поддержание гомеостаза организма, работы жизнеобеспечивающих органов и систем организма, в частности ЦНС, наиболее чувствительной к продуктам жизнедеятельности микроорганизмов, повреждённых тканей, медиаторов воспаления и других факторов. В дополнение к этому головной мозг подвергается и патологической афферентной импульсации с обширных рецепторных зон лица и шеи.

Отечественный препарат «Мексидол» обладает широким спектром фармакологической активности в сочетании с отсутствием противопоказаний, имеющих у других препаратов, обладающих антиоксидантными и антигипоксическими свойствами, так же как, например, пентоксифиллин. «Мексидол» стабилизирует мембраны клеток, улучшает микроциркуляцию, нормализует клеточный метаболизм, улучшает энергетический обмен в клетке, снижает гипоксию, совместим с другими лекарствами, эффективен при лечении широкого спектра заболеваний, даёт возможность применения как для общего

лечения, так и в качестве средства для местного воздействия [1, 2].

Материал и методы исследования

Обследовано 44 больных с флегмонами лица и шеи в возрасте от 32 до 76 лет, имеющих фоновые заболевания. В основную группу вошло 24 пациента. Контрольную группу составили 20 пациентов, лечение которым проводилось по стандартной схеме.

В зависимости от распространённости воспалительного процесса и степени выраженности эндогенной интоксикации пациенты каждой группы были разделены на 3 подгруппы.

1-я подгруппа основной группы – 12 пациентов с удовлетворительным общим состоянием и I степенью эндогенной интоксикации. Воспалительный процесс у них локализовался в одном клетчаточном пространстве.

2-я подгруппа основной группы – 7 пациентов с общим состоянием средней тяжести и II степенью интоксикации, локализацией процесса в 2–3 топографических областях.

3-я подгруппа основной группы – 5 пациентов с тяжёлым течением воспалительного процесса, III степени эндогенной интоксикации, распространением явлений деструкции мягких тканей на поверхностные и глубокие фасциально-клетчаточные пространства, у трех из них диагностирована гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта.

По такому же принципу разделены больные контрольной группы:

1-я подгруппа – 9;

2-я подгруппа – 6;

3-я подгруппа – 5.

Тяжесть течения воспалительного процесса оценивали как на основе клинических симптомов, так и путем расчета интегрального показателя тяжести по М.М. Соловьёву и соавт. (1985). Маркерами эндогенной интоксикации были лейкоцитарный, пульсо-лейкоцитарно-температурный индексы интоксикации, биохимические показатели периферической крови, отражающие прямую взаимосвязь уровня эндогенной интоксикации с детоксицирующей функцией печени.

Дезинтоксикационная терапия больным первых групп контрольной и основной групп не проводилась.

Мексидол был включён в комплексную терапию больных 2-й и 3-й подгрупп основной группы. Препарат вводился внутривенно капельно в течение 5–7 дней по 400 мг.

Во 2-й и 3-й подгруппах больных группы сравнения дезинтоксикационная терапия проводилась по стандартной схеме. Полученные данные обработаны статистически с использованием метода Стьюдента.

Результаты исследования представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Показатели течения воспалительного процесса больных основной группы

Характеристики уровня общей интоксикации	Клинические показатели	2-я подгруппа (n = 7)		3-я подгруппа (n = 5)	
		при поступлении	через 7 дней лечения	при поступлении	через 7 дней лечения
	Температура тела, °С	37,8–38,5	36,6	38,5–39,5	36,8
	ЧСС в 1 мин	80–90	62–66	90–110	66–68
	ЧД в 1 мин	17–20	16	18–24	16
	Лейкоцитоз*10/мг	10,5±2,7	6,5±1,4	15,3±1,0	6,8±0,9
	СОЭ	27,5±1,7	20,4±2,1	36,7±1,7	22±1,2
	АЛТ, ед./л	21,6±0,8	17±0,2	25,7±0,7	19,5±0,1
	АСТ, ед./л	34,5±1,1	24,6±0,6	38,5±0,7	25,2±0,2
	ЩФ	335	289	343	291
	Глюкоза перифер. крови (без фон. сах. диабета) ммоль/л	6,7±0,5	5±0,2	6,8±1,2	5,2±0,5
	Фибриноген, г/л	0,6–0,8	0,5	0,4±0,5	0,5
	Креатинин, моль/л	0,8±0,15	0,12±0,01	1,1±0,08	0,3±0,06

Таблица 2. Показатели течения воспалительного процесса больных контрольной группы

Характеристики уровня общей интоксикации	Клинические показатели	2-я подгруппа (n = 6)		3-я подгруппа (n = 5)	
		при поступлении	через 7 дней лечения	при поступлении	через 7 дней лечения
	Температура тела, °С	37,8–38,5	36,6	38,5–39,5	37,0
	ЧСС в 1 мин	80–90	62–72	90–110	72–78
	ЧД в 1 мин	17–20	16	18–24	18
	Лейкоцитоз*10/мг	9,8±1,9	7,7±1,5	15,6±1,8	9,2±0,8
	СОЭ	27,5±1,6	22	38	30±2,1
	АЛТ, ед./л	20,8	20	26,2	24±0,8
	АСТ, ед./л	34	28±1,2	36,4±1,2	30±1,6
	ЩФ	332	313	341	315
	Глюкоза перифер. крови (без фон. сах. диабета) ммоль/л	6,4±0,4	5,2±0,3	6,8±0,7	6,0±0,1
	Фибриноген, г/л	0,6–0,8	0,7±0,05	0,4±0,3	0,5±0,2
	Креатинин, моль/л	0,8±0,08	0,4±0,03	1,09±0,06	0,82±0,12

У двух больных 3-й подгруппы контрольной группы заболевание закончилось летально. Это мужчина 38 лет с гнилостно-некротической флегмоной дна полости рта, причина смерти после секции – отёк головного мозга; женщина 78 лет с одонтогенной флегмоной височной и околоушно-жевательной области, причина смерти – почечно-печёночная недостаточность.

В основной группе осложнений, летальных исходов не наблюдалось.

Закключение. Таким образом, включение в базисную терапию больных с гнойно-деструктивными процессами в области головы и шеи, особенно имеющих фоновые заболевания, препарата мексидол оказывает положительное влияние на окислительно-восстановительные процессы, способствует благоприятному течению инфекционно-воспалительного процесса, эффективно снижает уровень эндогенной интоксикации, что позволяет избегать осложнений со стороны фоновой патологии, клинически и патогенетически обосновано.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронина Т.А. Отечественный препарат нового поколения мексидол //НИИ фармакологии РАМН. – 2003; 20
2. Гаража Н.Н., Гарус Я.Н., Ивашова А.В., Сакуро А.А. Эффективность антиоксидантного препарата мексидол в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта //Стоматология. – 2006. – № 6. – С. 19-21.
3. Губин М.А., Лазутиков О.В., Лунев Б.В. Современные особенности лечения гнойных заболеваний лица и шеи //Стоматология. – 1998. – № 5. – С.15-17.
4. Забелин А.С., Милягин В.А., Усай А.И. Влияние эндогенной интоксикации на состояние печени у больных флегмонами лица и шеи //Стоматология. – 1997. – № 2. – С.33-35.

УДК 617.52-002.72-085.849.19

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО СКАЛЬПЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИОГЕННЫХ ГРАНУЛЕМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Богатов В.В., Землякова Л.И.

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия»

APPLICATION OF LASER KNIFE IN MAXILOFACIAL PYOGENIC GRANULEMAS TREATMENT

Bogatov V.V., Zemlyakova L.I.

The Tver State Medical Academy

В статье «Применение лазерного скальпеля при лечении пиогенных гранулем челюстно-лицевой области» анализируются результаты лечения 40 больных с помощью лазерного скальпеля, в сравнении с контрольной группой – 13 больных, пролеченных с применением хирургического иссечения. Метод лазерного лечения имеет ряд преимуществ перед общеизвестными способами. В качестве примера приведен клинический случай, который наблюдался в клинике хирургической стоматологии ТГМА.

Results of treatment with the laser knife of 40 patients comparatively with 13 patients from control group who were treated with surgical incision are analyzed in the article «Application of laser knife in maxilofacial pyogenic granulemas treatment». Laser method of treatment has a number of advantages toward well known methods. The article gives an example the case to be observed in the clinic of surgical stomatology of the TSMA.

Ботриомикрома (пиогенная гранулема, телеангиэктатическая гранулема, гемангиома грануляционно-го типа) относится к опухолеподобным образованиям из кровеносных сосудов.

Этиология пиогенных гранулем окончательно не выяснена. Сторонники стафилококковой теории подчеркивают наличие в опухоли воспалительной реакции и обнаружение в кровянисто-гнойном ее содержимом чистой структуры стафилококка. Сторонники неинфекционной этиологии ботриомикоза (McGeoch, 1961) указывают, что в ранней стадии заболевания воспалительной реакции в опухоли не наблюдается и выделить из нее микробную флору не удается. По своей гистологической структуре опухоль напоминает ангиому. В дальнейшем через многочисленные эрозии в нее проникает микрофлора, чаще всего стафилококк, что и ведет к возникновению воспалительной реакции. Возникновению заболевания часто предшествует травма кожи, укол, ссадина (Машкил-нейсон Л.Н., 1960; Пашков Б.М., 1964).

Пиогенная гранулема возникает на поверхностях, покрытых плоским эпителием. На лице и в полости рта ботриомикрома встречается чаще, чем в других отделах тела. В челюстно-лицевой области наиболее частой локализацией ботриомикром является нижняя губа (25%), особенно на границе кожи и красной каймы (Дмитриева В.С., 1982).

Наиболее распространенными методами лечения пиогенных гранулем являлось оперативное иссечение в пределах здоровых тканей, как вспомога-

тельные методы применялись прижигание углекислотой, диатермокоагуляция, ультрафиолетовое облучение, рентгено- и радиотерапия. Результаты перечисленных манипуляций не давали желаемого результата, так как сохранялся крайне высокий процент развития рецидивов, что не удовлетворяло практикующих врачей. Кроме того, в челюстно-лицевой области применение некоторых методик эстетически нецелесообразно.

Возможность концентрации энергии высокоэнергетического лазера на ограниченном участке с образованием высоких температур в точке приложения луча приводит к испарению тканевых структур и переводу их в газообразное состояние. В результате происходит удаление очага инфекции, остается чистая раневая поверхность.

Материал и методы исследования

В зависимости от размеров и локализации пиогенных гранулем применяли три вида оперативного вмешательства:

- 1) фотокоагуляцию;
- 2) лазерное иссечение новообразования без наложения швов;
- 3) лазерное иссечение с наложением швов.

За последние 20 лет были удалены 40 ботриомикром с использованием лазерного скальпеля (основная группа) и 13 – с применением хирургического иссечения (контрольная группа).

Женщин было больше, чем мужчин, и в основной (23), и в контрольной (8) группах. Наибольшее количество больных (17,42; 5%) было в возрасте до 20 лет.

Все операции производились с применением метода фотогидравлической препаровки (авторское свидетельство № 628647 «Способ диссекции тканей») – предварительное введение жидкости в область операционного поля. Введенная жидкость раздвигает клетки за счет увеличения межклеточных пространств, а последующее воздействие высокой температуры лазерного луча приводит к интенсивному вскипанию и испарению межклеточной жидкости. Возникающее при этом сильное давление водяных паров расслаивает ткань по межклеточным пространствам при минимальном повреждении клеток. Таким образом, разъединение тканей происходит за счет фотогидропневматического эффекта. Кроме того, дополнительно введенная жидкость, испаряясь, снижает температуру в тканях, уменьшая глубину повреждений в подлежащих тканях.

Фотокоагуляцию, то есть испарение, опухоли в пределах здоровых тканей применили у 17 больных, когда размеры ботриомикомы были не более 0,3 см в диаметре. Фотокоагуляция более крупных пиогенных гранулем может закончиться гиперрубцеванием. После проведения инфильтрационной анестезии лазерным скальпелем, используя 20% мощности установки «Скальпель-1», проводили испарение ботриомикомы. Начинали с периферии образования, с границы со здоровыми тканями и вели к центру. При такой методике кровотечение отсутствовало, так как заваривались питающие ботриомикому кровеносные сосуды. Послеоперационная рана оставалась под темно-коричневой корочкой, которая отпадала в среднем на 8–12-й день.

У 12 больных при размерах новообразования до 0,7 см в диаметре применяли лазерное иссечение ботриомикомы без наложения швов. К такой методике прибегали также при локализации инфекционных гранулем, где ушивание «на себя» привело бы к деформации органа (крыло носа). Послеоперационная рана оставалась под корочкой, которая отпадала в сроки 10–14 дней.

При размерах ботриомиком более 0,7 см применяли иссечение образования с ушиванием раны «на себя». Этот вид оперативного вмешательства применен у 11 больных. Окаймляющие разрезы кожи и слизистой производили простым скальпелем, образование брали на держалки, дальнейшую препаровку производили лазерным скальпелем, при этом используя 20–40% мощности установки «Скальпель-1».

Результаты исследования и их обсуждение

Для иллюстрации приведем следующий клинический пример.

Больная Р., 70 лет, обратилась в клинику хирургической стоматологии ТГМА с жалобами на наличие образования на лице, которое появилось 3 недели назад, быстро увеличивалось в размерах и стало кровоточить при травмировании.

Клинические анализы крови и мочи – без отклонений от нормы. Общее состояние больной удовлетворительное. Местно: на носогубной складке справа, ближе к скату носа, имеется опухолевидное образование красновато-бурого цвета размером 5 на 6 мм. Пальпация слегка болезненная, консистенция эластическая (рис. 1).

Диагноз: ботриомикомы правой носогубной складки.

Решено провести лазерное иссечение опухоли с ушиванием раны сближением краев «на себя».

Операция выполнена амбулаторно. Под инфильтрационной анестезией 0,5%-ным раствором новокаина в количестве 5 мл сделан окаймляющий опухоль разрез кожи скальпелем с отступом от видимой границы опухоли на 1,5 мм. Лазерной установкой «Скальпель-1», используя 20% мощности установки, удалена опухоль. Кровотечения не было. На кожу наложены швы лавсаном.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Отека и боли не было. Швы сняты на 7-й день, заживление первичным натяжением.

Заключение патогистологического исследования № 2815-16 – ботриомикомы.

Отдаленный результат прослежен до 6 месяцев, жалоб нет. Косметический результат хороший (рис. 2).

Анализ результатов лечения 40 больных основной и 13 больных контрольной группы показал следующее:

1. Средняя продолжительность лечения и время пребывания на листе нетрудоспособности в основной группе были немногим меньше контрольной.

2. Кровотечение при операции отсутствовало у 97,5% больных основной группы, что значительно больше по сравнению с контролем.

3. У всех больных основной группы, вследствие атравматичности оперативного вмешательства с помощью лазерного скальпеля, отсутствовали отек и боли, в то время как почти у 100% больных контрольной группы имел место отек и около 40% из них жаловались на умеренную боль.

4. Нагноение операционных ран и расхождение швов не отмечены ни у одного больного основной группы, в отличие от контрольной группы (15,4% случаев). У 12 больных, которым накладывали швы, их снимали на 7–9-е сутки, заживление было во всех случаях первичным натяжением.

5. При оценке характера рубцевания у больных основной группы (по сравнению с контролем) рубцы были более тонкие, нежные. Ни у одного больного основной группы не отмечено гиперрубцевания.

6. Анализ отдаленных результатов в сроки от 6 месяцев до 6 лет показал, что в основной и контрольной группах результаты лечения были удовлетворительными. Рецидива заболевания не было ни у одного больного, леченного с помощью лазерного скальпеля, в то время как у двух больных из контрольной группы были рецидивы ботриомикомы.



Рис. 1. Больная Р., 70 лет. Вид до операции



Рис. 2. Та же больная через 6 месяцев после операции

Заключение

На основании всего вышесказанного можно сделать выводы, что применение лазерного луча позволяет обеспечить стерильность, меньшую кровоточивость, атравматичность операции, явления отека и лейкоцитарной инфильтрации выражены слабо, в ходе заживления формируется тонкий нежный рубец. Рубец в лазерных ранах подвергается ранней активной перестройке, заключающейся в умень-

шении общей массы рубцовой ткани, что особенно важно при операциях в челюстно-лицевой области. После воздействия лазерного скальпеля практически никогда не наблюдается формирование келоидных рубцов.

Метод лечения ботриомиком лазерным скальпелем несложен в исполнении, дает хорошие ближайшие и отдаленные результаты и более эффективен в сравнении с традиционными методами лечения.

УДК 616.614-089.29-633

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С МЕТАЛЛИЧЕСКИМ БАЗИСОМ

Бомштейн В.Л., Морозова Г.А.
МЛПУ «Стоматологическая поликлиника № 3»

DISTANT RESULTS OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS WITH METALIC BASIS REMOVABLE DENTURES

Bomstain V.L., Morosova G.A.
The Stomatologic Out-Patient Department № 3

Нами прокурировано 100 пациентов, которым были изготовлены частичные съемные протезы с металлическим базисом. Жевательная эффективность у пациентов более высокая, быстрая адаптация к ним.

100 patients were cured. Partial removable dentures with metallic basis were made for them. Mastication efficacy became higher and the patients adapted for dentures quicker.

Несмотря на то что в последние годы появилось немало публикаций с доказательством целесообразности более широкого применения съёмных протезов с металлическим базисом, они ещё недостаточно используются в клинической практике [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10].

Актуальность проблемы обусловлена прежде всего тем, что прочность базисных пластмассовых материалов для изготовления съёмных пластиночных протезов недостаточна и нередко их поломки. Технология починки пластмассового протеза, используемая в настоящее время, не приводит к восстановлению его первоначальных прочностных характеристик [2]. У пациентов, пользующихся пластиночными протезами, возникает непереносимость акриловой пластмассы. В процессе ортопедического лечения больных с заболеваниями пародонта не удаётся избежать раздражающего действия пластмассового базиса протеза на ткани краевого пародонта.

По сравнению с неопирающимися пластмассовыми протезы с металлическим базисом обладают более высокой механической прочностью, тепло-

проводностью, лучшей стабилизацией, меньше нарушают тактильные восприятия, пациенты к ним быстрее адаптируются. Их применение позволяет решить вопросы равномерного распределения жевательной нагрузки между опорными зубами и слизистой оболочкой протезного ложа, существенно уменьшить побочное действие протеза и влияние на артикуляцию.

Более широкое использование протезов с металлическим базисом стало возможным благодаря уточнению показаний к их применению [2, 3], совершенствованию методов точного литья, внедрению параллелометрии [7].

Целью нашей работы явилось изучение отдаленных результатов ортопедического лечения пациентов частичными съемными зубными протезами с металлическим базисом.

Материалы и методы исследования

За три года мы прокурировали 100 пациентов в возрасте от 49 до 69 лет, из них 60 женщин и 40 мужчин, которых распределили в соответствии с классификацией Кеннеди на четыре класса с учетом подклассов.

Таблица 1. Распределение пациентов в соответствии с классификацией Кеннеди

Класс	1				2				3				4
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Подкласс	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Кол-во	15	13	6	2	10	11	5	1	8	10	5	0	19
Всего	31				27				23				19

Все пациенты обследовались по общепринятой в ортопедической стоматологии схеме, включающей клинические и специальные методы. Результаты клинического обследования дополнялись и уточнялись

при помощи диагностических моделей, ортопантомографии челюстей, параллелометрии.

После наложения протезов нами анализировались субъективные ощущения больного, степень

фиксации и стабилизации протезов, точность и равномерность окклюзионных контактов, состояние слизистой оболочки всего протезного ложа.

Особое значение в работе придавалось точности слепков, особенно соблюдению необходимых границ протеза, а также высокому качеству литья, что обеспечивало оптимальную форму базиса.

Жевательную эффективность изучали у пациентов со съёмными протезами с металлическим базисом (основная группа) и неопирающимися съёмными протезами (группа сравнения) по методике И.С. Рубинова (1960) и определяли по времени разжевывания 0,8 г лесного ореха до появления рефлекса глотания через 1 месяц, 6 месяцев и 1 год после протезирования.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 2 представлено количество изготовленных частичных съёмных протезов в 2007, 2008, 2009 годах.

Таблица 2. Количество протезов, изготовленных курируемыми пациентам

Годы	Съёмные протезы с металлическим базисом (основная группа)	Съёмные протезы с пластмассовым базисом (группа сравнения)
2007	29	23
2008	37	29
2009	45	37

Всего было изготовлено 111 съёмных протезов с металлическим базисом, из них 65 – на верхнюю челюсть, 46 – на нижнюю. На верхнюю челюсть применяли в основном (68%) подковообразный металлический базис, что вызвано наличием турса (32%) и повышенным рвотным рефлексом (36%). Остальные 32% пришлось на окончатый металлический базис, металлический базис в виде поперечной небной полочки и полной небной пластинки.

На нижнюю челюсть были изготовлены протезы с металлическим базисом в форме полной пластинки (58%) и в виде частичной (42%).

Результаты определения жевательных проб отражены в таблице 3.

Таблица 3. Жевательная эффективность частичных съёмных протезов ($M \pm m$) (%)

Сроки	Съёмные протезы с металлическим базисом (основная группа)	Съёмные протезы с пластмассовым базисом (группа сравнения)
1 месяц	80±0,3	42±0,5
6 месяцев	85±0,8	46±0,2
1 год	87±1,0	47±0,6

Примечание. $P < 0,05$.

Как следует из представленных нами данных, жевательная эффективность у пациентов, пользующихся съёмными протезами с металлическим базисом, являлась более высокой по сравнению с пластмассовыми во все сроки исследования. Существенным представляется также то, что с течением времени она достоверно возрастает.

Количество посещений пациентов для коррекции протезов с металлическим базисом при соблюдении принципа законченности лечения было минимальным, что указывает на правильность изготовления протезов, быструю адаптацию у пациентов к ним.

В соответствии с результатами проведенного нами анкетирования эстетические свойства протезов устраивали 98% пациентов (из них 58% женщин и 40% мужчин).

В течение всего времени исследования была зафиксирована поломка одного протеза.

Заключение

Таким образом, частичные съёмные протезы с металлическим базисом по сравнению с частичными неопирающимися съёмными протезами с пластмассовым базисом обладают более высокой жевательной эффективностью, возможностью использования при аллергии к акрилатам, повышенном рвотном рефлексом, глубоком прикусе, повторных переломах пластмассовых базисов, высоком прикреплении уздечки языка, низких клинических коронках зубов. Все это позволяет нам рекомендовать их более широкое применение в повседневной практике врача стоматолога-ортопеда.

ЛИТЕРАТУРА

- Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология. – Смоленск, 2000. – 575 с.
- Брагин Е.А. Планирование границ частичных съёмных протезов с металлическим базисом // Стоматология. – 1984. – №3. – С. 63-66.
- Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Саввиди Г.Л., Жулев Е.Н. Показания к применению съёмных протезов с литым металлическим базисом // Стоматология. – 1981. – №5. – С. 61-63.
- Жадько С.И. Клиническая и лабораторная оценка съёмных пластиночных протезов, изготавливаемых прессованием и центробежным литьем: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Калинин, 1986. – 16 с.
- Жадько С.И., Кушнир К.Г. Повышение качества съёмных пластиночных протезов путем применения ресурсной конструкции базиса // Современная стоматология. – 2002. – №2. – С. 113-116.

6. Жулев Е.Н. Частичные съемные протезы. – Н.Новгород, 2000. – 428 с.
7. Ирошникова Е.С., Шевченко В.И. Параллелометрия в ортопедической стоматологии. – М.: Медицина, 1989. – 127 с.
8. Рубинов И.С. Об особенностях методики изучения функции жевания //Вопросы ортопедической стоматологии: Тр. Ленингр. сан-гиг. мед. ин-та. – Л., 1960. – Т 1. – С. 19-36.
9. 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.
10. 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.

УДК 616.314.18-002.4:616.12.-008.331.1

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕОПАРОДОНТОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ, ПРОТЕКАЮЩИМ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гелетин П.Н., Аболмасов Н.Н., Голованова Е.Д.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

COMPARATIVE ANALYSIS OF REOPARONTOGRAMMES INDICES IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PARODONTITIS IN CASE OF ARTERIAL HYPERTENSION

Geletin P.N., Abolmasov N.N., Golovanova E.D.
The Smolensk State Medical Academy

В современном мире, особенно в высокоразвитых странах, последнее десятилетие характеризуется неуклонным ростом сердечно-сосудистых заболеваний. В свою очередь, среди стоматологических нозологий ведущая роль по распространенности принадлежит воспалительным заболеваниям пародонта. Сочетание поражений пародонта с артериальной гипертензией в определенной мере может быть объяснено сходством их патогенеза, неблагоприятно влияющего на микроциркуляторное русло. В своем исследовании мы изучили состояние микроциркуляторного русла тканей пародонта у пациентов с артериальной гипертензией и влияние на него гипотензивных препаратов на основе данных реопародонтографии.

Nowadays, especially in highly developed countries, the last ten years are characterized with constant increase rate of cardiovascular diseases. But among stomatologic nosology inflammatory diseases are wide spread. Combination of parodontal lesions with arterial hypertension definitely can be explained by resemblance of their pathogenesis unfavorably influencing microcirculatory pathway. Researches studied condition of the microcirculatory pathway of the parodontal tissues in patients with arterial hypertension and also hipotensive medicines influence on it. It was made on the basis of reoparodontography data.

В современном мире, особенно в высокоразвитых странах, последнее десятилетие характеризуется неуклонным ростом сердечно-сосудистых заболеваний [13]. Особое место в этом отношении занимает артериальная гипертензия, распространенность которой в России составляет 39,1% у мужчин и 41,1% у женщин. В подавляющем большинстве случаев (около 90%) наблюдается её эссенциальная форма [2, 8]. В свою очередь, среди стоматологических нозологий

ведущая роль по распространенности принадлежит воспалительным заболеваниям пародонта [5, 6]. В литературе [3] содержатся убедительные данные, подтверждающие тот факт, что состояние тканей пародонта является своеобразным индикатором общего здоровья человека.

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что генерализованный пародонтит наблюдается у 90–100% пациентов с гипертонической и ишеми-

ческой болезнью сердца или при их сочетании. Так, многими авторами замечено, что с выраженностью одного заболевания нарастает тяжесть другого и наоборот [10, 11]. Сочетание поражений пародонта у больных с артериальной гипертензией в определенной мере может быть объяснено сходством их патогенеза, неблагоприятно влияющего на микроциркуляторное русло [4, 7, 9, 12]. По нашему мнению, которое совпадает с точкой зрения Л.Е. Леоновой (1997), Т.Д. Гасиевой (2000), пародонт при артериальной гипертензии действительно является одним из органов-мишеней. Нарушение микроциркуляции в пародонте является ранним признаком поражения при данной фоновой патологии.

Изложенное выше предопределило выбор цели нашего исследования: изучение состояния микроциркуляторного русла тканей пародонта у пациентов с артериальной гипертензией и влияние на него гипотензивных препаратов на основе данных реопародонтографии.

Для решения поставленной цели мы провели комплексное обследование и лечение 120 пациентов. Основную группу составили 90 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне артериальной гипертензии II стадии. У 60 пациентов этой же группы (2а) артериальная гипертензия контролировалась гипотензивными препаратами, а 30 пациентов (группа 2б) от лечения артериальной гипертензии отказались. Группу сравнения составили 30 пациентов без симптомов артериальной гипертензии и указаний на неё в анамнезе (1-я группа).

Оценку микроциркуляции пародонта проводили по общепринятой тетраполярной методике с помо-

щью многофункционального диагностического компьютерного комплекса «Диастом-01». Амплитудно-временные показатели реопародонтограмм у курируемых групп пациентов, полученные до лечения (Т0), после курса комплексной терапии (Т1), а также через 6 (Т2) и 12 месяцев (Т3), представлены в таблице 1.

Анализ данных реопародонтограмм свидетельствует о том, что артериальная гипертензия весьма отрицательно влияет на микроциркуляторное русло пародонта. Особенно наглядно это можно продемонстрировать на примере анализа динамики показателя тонуса сосудов (ПТС).

Результаты анализа динамики ПТС показали, что на момент обследования средние значения индекса у пациентов всех курируемых групп статистически не различались ($p > \alpha = 0,05$) и составили у больных группы сравнения $40,6 \pm 2,7\%$, группы 2б – $46,6 \pm 2,1\%$ и у пациентов группы 2а – $41,2 \pm 1,5\%$. Все они были значительно выше нормы. После проведенного курса комплексной терапии (сечение Т1Т0) у пациентов всех групп отмечен статистически значимый сдвиг ($p < \alpha = 0,05$), но в большей степени он произошел у лиц группы сравнения и 2а групп. При этом средние значения индексов у них значимо не различались между собой ($p > \alpha = 0,05$) и составили $34,6 \pm 1,6$ и $37,3 \pm 1,4\%$ соответственно, но различались ($p < \alpha = 0,05$) со значением ПТС в группе 2б ($43,3 \pm 2,1\%$). Через 6 месяцев после комплексного лечения статистически значимого сдвига показателей у лиц ни в группе сравнения, ни в 2б группе не произошло ($p > \alpha = 0,05$), в отличие от значения 2а группы ($p < \alpha = 0,05$).

Таблица 1. Сравнительный анализ амплитудно-временных показателей реопародонтограмм у курируемых групп пациентов

Индексы (%)	Средние значения индексов во временных сечениях ($M \pm m$)				Сдвиги в исследуемых парах временных сечений ($d_i \pm m$)		
	T0	T1	T2	T3	T1T0	T2T1	T3T2
1-я группа (сравнения)							
РИ(Ом)	$0,054 \pm 0,004$	$0,070 \pm 0,006$	$0,073 \pm 0,006$	$0,084 \pm 0,006$	$0,014 \pm 0,003^*$	$0,004 \pm 0,004^\#$	$0,012 \pm 0,003^*$
ПТС(%)	$40,6 \pm 2,7$	$34,6 \pm 1,6$	$33,5 \pm 1,3$	$29,7 \pm 1,0$	$-6,0 \pm 2,3^*$	$-1,3 \pm 1,5^\#$	$-3,8 \pm 1,0^*$
ИПС(%)	$213,9 \pm 10,7$	$157,8 \pm 6,9$	$142,8 \pm 6,1$	$115,2 \pm 4,3$	$-56,1 \pm 7,5^*$	$-14,4 \pm 5,1^*$	$-27,6 \pm 4,9^*$
ИЭ(%)	$46,3 \pm 2,8$	$58,2 \pm 2,6$	$63,8 \pm 2,2$	$74,0 \pm 2,3$	$11,9 \pm 2,1^*$	$5,8 \pm 2,1^*$	$10,3 \pm 1,3^*$
2а группа							
РИ(Ом)	$0,046 \pm 0,001$	$0,052 \pm 0,002$	$0,064 \pm 0,002$	$0,072 \pm 0,002$	$0,007 \pm 0,002^*$	$0,011 \pm 0,001^*$	$0,009 \pm 0,001^*$
ПТС(%)	$41,2 \pm 1,5$	$37,3 \pm 1,4$	$30,6 \pm 1,1$	$26,6 \pm 1,1$	$-3,9 \pm 0,5^*$	$-6,8 \pm 0,8^*$	$-3,9 \pm 0,6^*$
ИПС(%)	$221,4 \pm 8,8$	$198,5 \pm 7,5$	$154,7 \pm 4,5$	$134,5 \pm 4,7$	$-22,9 \pm 3,1^*$	$-44,8 \pm 5,3^*$	$-20,6 \pm 3,0^*$
ИЭ(%)	$43,3 \pm 1,8$	$49,8 \pm 1,8$	$61,9 \pm 1,5$	$70,2 \pm 2,0$	$6,5 \pm 0,7^*$	$12,5 \pm 1,4^*$	$8,5 \pm 1,0^*$
2б группа							
РИ(Ом)	$0,042 \pm 0,002$	$0,049 \pm 0,003$	$0,050 \pm 0,003$	$0,052 \pm 0,003$	$0,007 \pm 0,001^*$	$0,001 \pm 0,002^\#$	$0,002 \pm 0,001^*$

Индексы (%)	Средние значения индексов во временных сечениях ($M \pm m$)				Сдвиги в исследуемых парах временных сечений ($d_i \pm m$)		
	T0	T1	T2	T3	T1T0	T2T1	T3T2
ПТС	46,6±2,1	43,3±2,1	42,7±2,4	38,9±2,3	-3,2±0,9*	-0,7±1,2#	-3,2±0,7*
ИПС	312,2±15,7	277,8±15,7	269,7±15,8	249,2±14,7	-34,4±5,5*	-7,3±3,8*	-21,8±4,7*
ИЭ	30,7±1,5	36,3±2,0	37,2±2,2	41,6±2,3	5,6±0,9*	0,8±1,0#	4,7±0,8*

Примечания. * – в исследуемых парах временных сечений выявлен значимый сдвиг ($p < \alpha = 0,05$);

– в исследуемых парах временных сечений сдвиг в значении изучаемых индексов не значим ($p > \alpha = 0,05$).

Таким образом, комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у пациентов с артериальной гипертензией, не контролируемой гипотензивными препаратами, оказывает существенное влияние на тонус микроциркуляторных сосудов пародонта только в период его проведения. В то же время у пациентов, получающих систематическую гипотензивную терапию, наблюдается положительная динамика во всех временных сечениях (T1T0, T2T1, T3T2).

При сравнении влияния гипотензивных препаратов (β -адреноблокаторов, антагонистов Са II поколения и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента) на микроциркуляторное русло (табл. 2) пародонта у пациентов 2а группы оказалось, что гипотензивная терапия благоприятно влияет на амплитудно-временные показатели реопародонтограмм у всех пациентов. Однако более выраженное положительное влияние на структурно-функциональное состояние сосудистой стенки микроциркуляторного русла исследуемой области пародонта оказывают гипотензивные препараты из групп и-АПФ и антагонистов Са.

Таблица 2. Динамика амплитудно-временных показателей реопародонтограмм у пациентов, принимающих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (I), антагонисты Са II поколения (II) и β -адреноблокаторы (III)

Индексы	Средние значения индексов во временных сечениях ($M \pm m$)				Сдвиги в исследуемых парах временных сечений ($d_i \pm m$) *		
	T0	T1	T2	T3	T1T0	T2T1	T3T2
I							
РИ (Ом)	0,046± 0,002	0,052± 0,002	0,064± 0,002	0,072± 0,002	0,007± 0,002	0,011± 0,001	0,009± 0,001
ПТС (%)	41,2±1,5	37,3±1,4	30,6±1,1	26,7±1,1	-3,9±0,5	-6,8±0,7	-3,9±0,6
ИПС (%)	221,4± 8,8	198,5± 7,5	154,7± 4,5	134,5± 4,7	-22,9± 3,1	-44,8± 5,3	-20,6± 3,0
ИЭ (%)	43,3±1,8	49,8±1,8	61,9±1,5	70,2±2,0	6,5±0,7	12,5±1,4	8,5±0,9
II							
РИ (Ом)	0,050± 0,004	0,060± 0,003	0,068± 0,003	0,081± 0,004	0,010± 0,0014	0,009± 0,002	0,014± 0,003
ПТС (%)	41,7±2,2	34,0±1,1	30,7±1,3	26,2±1,3	-7,7±1,4	-4,0±0,8	-5,1±0,9
ИПС (%)	247,6±20,9	199,2±15,7	157,6±12,8	130,2±12,1	-48,4±8,1	-47,5±12,3	-30,0±6,0
ИЭ (%)	36,0±3,4	45,4±3,9	53,1±3,0	62,2±4,1	9,4±1,6	10,0±2,0	9,1±2,2
III							
РИ (Ом)	0,037± 0,004	0,043± 0,003	0,049± 0,002	0,055± 0,003	0,006± 0,001	0,006± 0,001	0,005± 0,001
ПТС (%)	44,9±2,9	41,0±2,8	37,2±3,3	36,1±3,3	-3,9±0,9	-3,5±0,9	-2,7±0,6
ИПС (%)	287,1±24,5	266,0±23,6	249,7±25,4	232,3±24,5	-21,1±4,3	-22,8±5,9	-22,2±4,6
ИЭ (%)	35,7±2,3	39,7±2,6	44,0±3,4	48,6±4,0	3,9±0,9	3,4±1,2	3,9±0,9

Примечание. * – во всех исследуемых парах временных сечений выявлен значимый сдвиг ($p < \alpha = 0,05$).

Таким образом, можно сделать вывод, что артериальная гипертензия отрицательно влияет на микроциркуляторное русло пародонта. Комплексная терапия хронического генерализованного пародонтита, протекающего на фоне артериальной гипертензии, неконтролируемой гипотензивными средствами, оказывает положительное влияние на микроциркуляторное русло пародонта только в период проведения лечения, в то время как у пациентов, получающих

систематическую гипотензивную терапию, наблюдается положительная динамика, заключающаяся в уменьшении структурно-функционального ремоделирования сосудов пародонта. Однако наиболее благоприятное влияние на амплитудно-временные показатели реопародонтограмм оказывают гипотензивные препараты из группы и-АПФ и антагонистов Са, что подтверждается данными ближайших и отдаленных результатов наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасиева Т.Д. Особенности ортопедического лечения больных с гипертонической болезнью: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2000. – 19 с.
 2. Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л. Клинические рекомендации + фармакологический справочник. – М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2004. – 1184 с.
 3. Жукова Л.В. Роль хламидийной инфекции в заболеваниях пародонта //Институт стоматологии. – 1999. – № 3(4). – С. 30-33.
 4. Заболотный Т.Д., Колесова Н.А. Морфофункциональные изменения в тканях пародонта при сердечно-сосудистой патологии //Стоматология. – 1991. – № 6. – С. 17-20.
 5. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М., 1999. – 300 с.
 6. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М., 1999. – 227 с.
 7. Леонова Л.Е. Особенности патогенеза и лечения хронического генерализованного пародонтита у больных гипертонической болезнью: Дисс. д-ра. мед. наук. – Пермь, 1997. – 337 с.
 8. Милягин В.А., Милягина И.В., Цепов А.Л., Хозяинова Н.Ю. Диагностика, профилактика и лечение артериальной гипертонии. Руководство для участковых терапевтов. – Смоленск, 2007. – 216 с.
 9. Родионов И.М., Шебеко В.И. Значение ренин-ангиотензивной системы в поддержании артериального давления в условиях внутрисосудистой активации системы комплемента //8-й Съезд Белорус. физиол. об-ва им. И.П. Павлова. – Минск, 1991. – С. 104.
 10. Bazile A., Bissada N.F., Nair R. Periodontal assessment of patients undergoing angioplasty for treatment of coronary artery disease //J. Periodontal. – 2002. – № 73. – P. 631-636.
 11. Epstein S. E., Burnett M. S. Infection and atherosclerosis: potential roles of pathogen burden and molecular mimicry //ATVB. – 2000. – № 20. – P. 1417-1420.
 12. Jung F. Comparative investigation of the microcirculation in patients with hypertension and healthy adults //Klin. Wsch. – 1986. – Vol. 64. – № 19. – P. 956-961.
 13. Peterson P. E. World oral health report 2003 //WHO. – 2003. – P. 38.
-

УДК 616.314-007

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ КОМПЛЕКТНОГО РЕТЕНИРОВАННОГО КЛЫКА, ОСЛОЖНЕННОМ РЕЗОРБЦИЕЙ КОРНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Гинали Н.В., Калужская С.М., Дружинина С.Н., Салех Джамиль
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS IN CASE OF ATYPICAL LOCATION OF RETENTIONED CANINE THAT IS COMPLICATED WITH RESORPTION OF THE PERMANENT TEETH ROOTS

Ginaly N.V., Kaluzhskaya S.M., Druzhinina S.N., Salech Dzhamil
The Smolensk State Medical Academy

Среди аномалий положения и нарушений сроков прорезывания постоянных зубов наиболее часто наблюдается ретенция верхних клыков. Ретенция зуба может служить причиной развития фолликулярной кисты, резорбции корней рядом стоящих зубов и требует комплексного ортодонтического и хирургического лечения.

Among abnormalities of position and impairment of permanent teeth cutting time retention of upper canines is observed. Tooth retention can be the cause of follicular cyst development. It can result in resorption of the nearest teeth roots. It requires complex orthodontal and surgical management.

Аномалии положения и нарушение сроков прорезывания постоянных зубов приводят к морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям ЧЛО [1, 3] и колеблются в широких пределах от 4 до 18% [2, 4]. Наиболее часто в клинике встречается ретенция клыков – 51% [4].

Ретенция фронтальных зубов (в частности, клыков) нарушает эстетику лица, может способствовать одностороннему смещению зубного ряда. Описаны случаи прорезывания ретенированных зубов в полость носа, глаза, гайморову пазуху, что свидетельствует о различных причинах нарушения локализации закладки зубов.

Ретенция зуба может служить причиной развития фолликулярной кисты, рассасывания корней рядом стоящих зубов, о чем может свидетельствовать данное клиническое наблюдение.

В клинику кафедры детской стоматологии СГМА обратился пациент А., 20 лет, с жалобами на болезненность при накусывании на 1.1 зуб, которая появилась около 5 дней назад. Из анамнеза выяснено, что родился седьмым ребенком у здоровых родителей. Рос и развивался нормально. В 12 лет заметил нарушение зрения, обследованием выявлена амблиопия высокой степени левого глаза. Лечение не проводилось.

При внешнем осмотре: лицо симметрично, кожные покровы чистые, дыхание свободное, через нос.

При осмотре полости рта: зубная формула:
7654321 | 124567
765431 | 134567

Центральная линия между 1.1 и 2.1 смещена влево на 3 мм, между 2.2 и 2.4 имеется трема 3 мм. Зубной ряд нижней челюсти симметричен (рис. 1). Зуб 1.1 интактный, перкуссия слабо болезненна.

На компьютерной томограмме (рис. 2, 3) выявлено: за пределами альвеолярного отростка над 2.1 расположено коронка зуба 2.3, корень 2.1 выражен на 1/2 длины.



Рис. 1. Зубные ряды пациента А

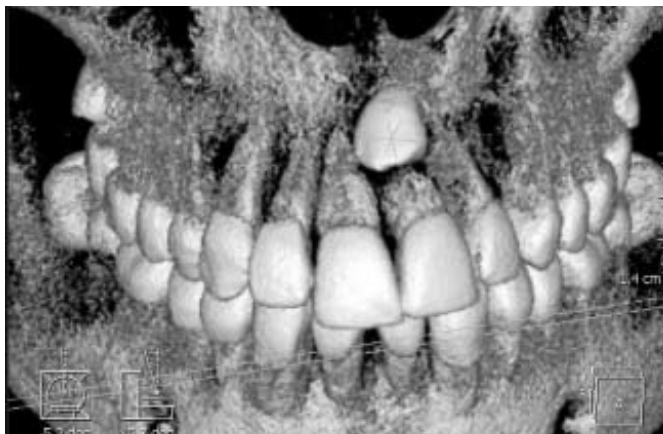


Рис. 2. Компьютерная томограмма (3D-моделирование)

Отсутствуют зачатки 3.2 и 4.2 зубов. Коронка левого верхнего клыка расположена на месте отсутствующей верхушечной части корня 2.1 зуба и частично внедряется в резорбированный участок верхушки корня 1.1.



Рис. 3. Компьютерная томограмма (срез фрагмента в прямой проекции)

На сагитальном срезе томограммы (рис. 4) 2.3 зуб расположен горизонтально в переднезаднем направлении. Коронка ретеннированного клыка находится вестибулярно, его корень – в кости подглазничной области. Вокруг коронки 2.3 на расстоянии до 1,5 мм отсутствует костная ткань, очаг имеет четкие границы. Между вышеописанным очагом деструкции и имеющейся частью корня 2.1 зуба имеется костная пластинка толщиной до 1 мм с четкими контурами в виде мостика.



Рис. 4. Компьютерная томограмма (сагиттальный срез)

Коронка 2.3 зуба упирается в верхушечный отдел корня 1.1 зуба. На аксиальном срезе томограммы корень 2.3 зуба расположен в кости верхней челюсти на уровне медиального угла глазницы и стенки носа, коронка – в верхнем отделе альвеолярного отростка.

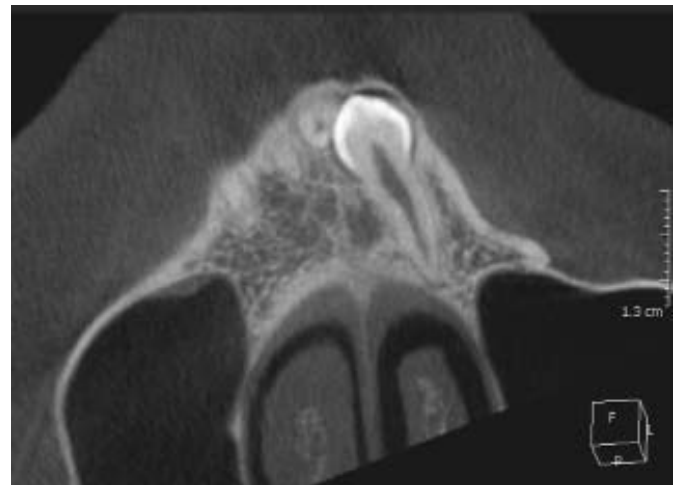


Рис. 5. Компьютерная томограмма (аксиальный срез)

Изучение микроподвижности зубов проводили с помощью прибора «Периотест» фирмы «Siemens». Выносливость опорных тканей исследуемых зубов у пациента к горизонтальной нагрузке показала, что она снижена только у 2.1 зуба (индекс составил +12 при физиологической норме до +9).

На основании проведенных исследований был выставлен диагноз: ретенция 2.3 зуба, фолликулярная киста; адентия 3.2 и 4.2; ортогнатический прикус.

Было рассмотрено 2 возможных плана лечения. Первый вариант включал:

- а) фиксацию брекет-системой зубов верхней челюсти;
- б) удаление 2.1 зуба;
- в) обнажение коронки 2.3 и его ортодонтическую экструзию;
- г) после установки клыка на место 2.1 зуба в соответствии с анатомической формой коронки 1.1 моделирование коронки 2.3.

Второй вариант включал:

- а) фиксацию брекет-системой всех зубов верхней челюсти;
- б) удаление ретеннированного клыка;
- в) после полной оссификации дефекта и ортодонтической коррекции прикуса, введение эндодонто-эндооссального имплантата в канал 2.1 зуба.

По согласованию с пациентом был выбран второй вариант. Предпочтение связано с более коротким сроком и меньшим нарушением эстетики в период и после лечения.

После фиксации зубов верхней челюсти брекет-системой было проведено хирургическое вмешательство: после антисептической обработки кожи лица 70% спиртом и полости рта 0,06% раствором хлоргексидина под инфильтрационной и подглазничной анестезией Sol. Ultracaini 4% – 2,4 мл произведен дугообразный разрез со стороны преддверия полости рта. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут

и обнажена коронка ретеннированного зуба путем трепанации податливой кости долотом без применения молотка. Фиссурным бором зуб был распилен на две части, и каждая отдельно удалена элеватором. Костная рана антисептически обработана, удалены остатки фолликулярной ткани. Полость заполнена остеопластическим материалом (колапаном) и гемостатической губкой. На рану наложены кетгутые швы, оставлен тонкий резиновый выпускник, который был удален спустя сутки. В послеоперационном периоде рекомендован холод, кетонал при болях и антисептические полоскания гексоралом.

В течение первых трех дней после операции общее состояние пациента удовлетворительное, температура тела в норме, отек мягких тканей не выражен, болевой симптом умеренный. Перкуссия 1.1 и 2.1 зубов безболезненна.

После полной оссификации полученного дефекта и ортодонтической коррекции прикуса для более надежной (устойчивой) фиксации зуба 2.1 предполагается установить эндодонто-эндооссальный имплант.

ЛИТЕРАТУРА

1. Будкова Т.С., Жигурт Ю.И., Хорошилкина Ф.Я. Ретенция зубов, план и прогноз лечения //Новое в стоматологии. – 1997. – Вып.1 (51). – С. 46-53.
2. Галенко В.В. Диагностика и лечение аномалий со сверхкомплектными и ретеннированными зубами // Ортодонтия. Методы профилактики, диагностики и лечения: Тр. ЦНИИС. – М., 1990. – С. 90-93.
3. Жигурт Ю.И. План и прогноз лечения при ретенции зубов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1994. – 23 с.
4. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое, ортопедическое: Кн.3. – М.: Ортодент-Инфо, 2001. – 172с.

УДК 616.716.8+617.52+617.53

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОНТАКТНОГО ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА

Губин М.А., Харитонов Ю.М., Громов А.Л.

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

MODERN MEDICAL TECHNOLOGIES IN CONTACT ODONTOGENIC MEDIASTINITIS DIAGNOSTICS

Gubin M.A., Haritonov Ju.M., Gromov A.L.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

К тяжелым гнойным осложнениям челюстно-лицевой области и шеи относится контактный одонтогенный медиастинит (КОМ). Высокая летальность при данной форме заболевания, трудности в топической диагностике определили **цель исследования** – совершенствование методов диагностики у больных КОМ. Даже в условиях всестороннего комплексного клиничко-лабораторного обследования ранняя диагностика КОМ представляет значительные трудности [1, 2].

К числу признаков, условно специфичных для контактного одонтогенного медиастинита, многие

авторы относят самопроизвольные боли, усиление загридинных болей при запрокидывании головы назад [2, 3, 4], резкая болезненность и усиление загридинных болей при пальпации инфильтрата вдоль проекции сосудисто-нервного пучка шеи [1, 2, 3]. Наличие клинических проявлений в виде отека надключичной области, расширения подкожных вен лица и шеи, отека лица, охриплости голоса, гипотензии наблюдается непостоянно, и чаще они выражены недостаточно отчетливо.

Такие симптомы, как смещение трахеи, симптом Д.М. Братенбурга (1946); ригидность мышц спины

рефлекторного характера, симптом Равич-Щербо и Штейнберга (1933), далеко не постоянно наблюдаются у больных КОМ.

Оценка симптомов у больных КОМ неоднозначна. Так, Н.Г. Попов (1969), А.Г. Шаргородский (1985–1986) [7] и др. наблюдали симптом Равич-Щербо. Другие, М.А. Губин (1987), Л.В. Мальчикова (1985), этот симптом не наблюдали. Г.И. Осипов (1977) и другие считают, что оценка симптомов А.Я. Иванова и А.А. Герке не всегда достоверна из-за сложности обследования зон шеи, ригидности мышц затылка, наложения симптомов, характерных для разлитых флегмон с локализацией в области лица и шеи. Существенные затруднения в оценке этих симптомов возникают у больных КОМ [2] с глубокими расстройствами психики.

Важное место в диагностике КОМ занимает рентгенологическое обследование больных [4]. Установлено [1, 2, 3, 6], что компьютерная томография является достоверным и достаточно информативным методом диагностики заболеваний средостения, в том числе и воспалительного генеза.

Диагностическая ценность рентгенологических методов исследования повышается при многопроекционных обследованиях (компьютерная томография), особенно в динамике заболевания [2, 3, 5, 8, 9].

Наряду с рентгенологическими в диагностике КОМ используются и электрофизиологические методы обследования: ультразвуковая биолокация и теплофизиография средостения [5, 6]. Однако эти методы еще не получили распространения в диагностике КОМ. Ранняя диагностика КОМ и дифференциальная диагностика с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи представляет значительные трудности. Не так уж редко КОМ диагностируется только на аутопсии [5].

Невысокие результаты лечения, особенно у больных с далеко зашедшим КОМ, также свидетельствуют о его поздней диагностике даже в условиях стационара [2, 4]. Различные схемы дифференциальной диагностики медиастинита были предложены А.Я. Ивановым, Б.В. Петровским (1960). Однако они не исчерпывают всех методов клинического исследования.

В отделении челюстно-лицевой хирургии №1 ГУЗ «ВОКБ № 1» в период с 2000 по 2009 год находилось на лечении 46 больных с осложненным течением острой одонтогенной инфекции. Длительность заболевания до поступления в стационар составляла от 5 до 10 суток. Основной причиной заболевания были прогрессирующие одонтогенные гнилостно-некротические флегмоны дна полости рта, окололлоточных пространств и переднебоковой поверхности шеи с вовлечением в процесс паратрахеальной клетчатки. КОМ был диагностирован только в специализированном стационаре.

В связи с этим нами разработана программа ранней дифференциальной диагностики КОМ и флегмон челюстно-лицевой области и шеи, являющихся источником распространения острого воспалительного процесса в средостение.

Изучаемые симптомы заболеваний представлены ниже.

1. Общая тяжесть состояния, положение в постели.
2. Психические нарушения.
3. Симптом «ложной кривошеи» с наклоном головы вниз.
4. Осиплость голоса, судорожный кашель, перхивание при глотании.
5. Одышка.
6. Форма гнойной инфекции.
7. Самопроизвольные за грудины боли.
8. Припухлость в области яремной вырезки.
9. Изменения показателей гомеостаза.
10. Изолированная припухлость в надключичной области.
11. Отек лица, наличие вздутых и расширенных вен шеи (синдром СВГВ).
12. Боль при перкуссии грудины.
13. Боль при пальпации в надключичной области.
14. Наличие крепитации в надключичной и супрастеральной областях.
15. Симптом А.А. Герке, симптом А.Я. Иванова.
16. Расширение границ средостения (рентгенологически).
17. Патологические сигналы при ультразвуковой биолокации средостения.
18. Клинический эффект после проведенного оперативного вмешательства (вскрытие и дренирование флегмоны шеи).

Симптомы заболевания оценивались по балльной системе. Максимальное количество баллов соответствовало 106; количество баллов в диапазоне 0–50 соответствовало флегмонам челюстно-лицевой области и шеи; количество баллов 51–80 – риску развития контактного одонтогенного медиастинита; количество баллов более 81 свидетельствовало о развитии медиастинита.

Выводы

Наши наблюдения показали, что распространение воспалительного процесса в средостение характеризуется значительным ухудшением общего состояния, появлением за грудины болей, перхиванием, затруднением дыхания, нарушением нервно-психической деятельности, выраженной отечностью и инфильтрацией околочелюстных тканей, распространяющихся на переднюю, боковую поверхности шеи, надключичную области и (у части больных) верхние отделы грудной клетки.

Диагноз медиастинита подтверждается типичными рентгенологическими данными в виде расширения границ средостения, а также появлением патологи-

ческих дополнительных сигналов при ультразвуковой биолокации средостения. Совершенствование диагностических критериев позволило нам повысить раннюю диагностику КОМ. Так, в течение первых 2–3 суток госпитализации КОМ был диагностирован у 85% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю.И. Гнойная челюстно-лицевая хирургия /Ю.И. Бернадский, Н.И. Заславский, Г.П. Бернадская. – Киев: Здоровье, 1993. – 242 с.
2. Губин М.А. Прогрессирующие флегмоны лица и шеи: Дисс. д-ра мед наук, 1987. – 356с.
3. Гирко Е.И. Диагностика и лечение контактного одонтогенного медиастинита: Автореф. дисс. к.м.н. – 1994. – 18 с.
4. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь. – Л.: Медицина, 1998. – 156с.
5. Попов Н.Г. Контактный одонтогенный медиастинит. Дисс. д-ра мед. наук. – 1972. – 365 с.
6. Харитонов Ю.М. Ранняя диагностика, прогнозирование и лечение одонтогенного сепсиса: Дисс. д-ра мед. наук. – 1999. – 256с.
7. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. – М.,1985. – 185 с.
8. Popkirow S., Fitschev G., Aidemirska A. Klinishe probleme der chirurgische Sepsis //Aktuel. Traumat. – 1984. – Bd. 14. – P. 200-205.
9. Wilson R. F. Special problems in the diagnosis and treatment of surgical sepsis //Surg. Clin. N. Amer. – 1985. – № 4. – P. 965-990.

УДК 616.716.8+617.52

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Губин М.А., Харитонов Ю.М., Киков Р.Н.
ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н.Бурденко»

TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL AND ACQUIRED JAWS DEFORMATIONS

Gubin M.A., Haritonov Ju.M, Kikov R.N.
The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Успешное лечение больных с врожденными и приобретенными деформациями челюстей во многом зависит от комплекса диагностических и лечебных мероприятий. Одним из основных этапов лечения является послеоперационное ведение больных.

Ключевые слова: деформации челюстей.

Successful treatment of patients with congenital and acquired jaws deformations mainly depends on complex diagnostic and medical actions measures . One of the basic stages of treatment is postoperative care of patients.

Key words: jaws deformations.

Проблема медицинской реабилитации больных с врожденными и приобретенными деформациями челюстей за последние десятилетия стала привлекать внимание челюстно-лицевых хирургов, что объясняется большой частотой зубочелюстных деформаций у детей, подростков и взрослых, создающих косме-

тические неудобства и сопровождающихся функциональными расстройствами органов челюстно-лицевой области. Особенности проведения реконструктивных операций на лицевом скелете связаны с различными аномалиями развития челюстей, а имеющаяся специальная литература, представ-

ленная диссертационными работами, монографиями и учебниками по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, в достаточной степени не дает ответа на вопрос об особенностях лечения больных в раннем и позднем периоде медицинской реабилитации [3].

На основании результатов комплексного лечения более 300 больных с различными формами врожденных и приобретенных аномалий прикуса проведен анализ выполненных авторами операций с указанием их положительных и отрицательных сторон.

При изложении материала использована Международная классификация болезней (МКБ-10) с выделением следующих нозологических форм заболеваний: нижняя и верхняя макрогнатия, верхняя и нижняя микрогнатия, открытый и глубокий прикус.

Степени сагиттальной разобщенности зубных рядов при различных формах аномалий прикуса приведены в соответствии со схемой Б.Д. Кабакова, В.А. Сукачева (1975) [1].

В разные периоды времени (1980–2009) в отделе челюстно-лицевой хирургии находились на лечении 308 больных (в возрасте от 16 до 32 лет) с различными деформациями челюстно-лицевой области. Из них в 45% случаев указанная патология наблюдалась у женщин, а в 55% – у мужчин. Нижняя прогнатия была диагностирована у 112 (36,1%) пациентов, верхняя прогнатия – у 57 (18,4%), сочетанная деформация верхней и нижней челюстей – у 45 (14,8%) больных, верхняя микрогнатия – у 65 (21,3), открытый и глубокий прикус – у 29 (9,4%) больных.

Проведенный ретроспективный анализ показал, что в период с 1976 по 1982 год выполнялись операции на нижней челюсти по методу В.С. Васильева, на верхней челюсти – по К. Schuchardt, Н. Kole, В.М. Безрукову [3].

Для устранения прогнатий нижней челюсти выполнялись операции на ветвях нижней челюсти по типу косо́й «скользящей» остеотомии. При этом осуществлялся внеротовой доступ, после обнажения ветви нижней челюсти проводилась остеотомия суставного отростка от вырезки до угла челюсти. Маленький фрагмент накладывался на наружную поверхность ветви. Отрицательной стороной данного метода являлось создание неблагоприятных условий для консолидации из-за контактов фрагментов не губчатым, а компактным слоем.

Для устранения верхней прогнатии в сочетании с глубоким прикусом использовалась методика К. Schuchardt, которая заключалась в удалении первых премоляров на верхней челюсти с обеих сторон и проведении остеотомии переднего отдела альвеолярного отростка. Костный фрагмент смещался вверх и кзади, а фиксация осуществлялась наложением костного шва и назубными шинами [4].

В нашей модификации с вестибулярной стороны выполнялись не горизонтальные, а вертикальные

разрезы, обеспечивающие хорошую васкуляризацию фронтального отдела верхней челюсти. Также необходимо отметить длительный лимфостаз мягких тканей в области углов нижней челюсти, наличие наружного послеоперационного рубца. Количество реопераций было отмечено в 22,5%.

С 1986 года и по настоящее время при сочетанных деформациях верхней и нижней челюстей выполняются операции в объеме плоскостной остеотомии ветви нижней челюсти по методике Dal Pont или Obwegeser, а в области верхней челюсти – по методике В.М. Безрукова.

Из положительных сторон необходимо отметить следующие: операции выполняются только из интраорального доступа, с интубацией через нос, фиксация костных фрагментов осуществляется титановыми мини-пластинами, обязательна предоперационная подготовка с участием врача-ортодонта.

Разработанная программа ранней и поздней медицинской реабилитации позволила уменьшить количество осложнений и проведения повторных операций, добиться в 91,7% случаев хорошего косметического и функционального эффекта.

Определенные трудности возникают при устранении асимметричных деформаций верхней и нижней челюстей, сочетающихся с уменьшением вертикальных размеров ветви нижней челюсти, нарушении сагиттальной окклюзии в пределах 10–12 градусов. В таких случаях, используя программу предоперационной подготовки и комбинированные схемы проведения операций на верхней и нижней челюсти (вне- и внутриротовые доступы), у 36 пациентов удалось в 85,5% случаев добиться хорошего и удовлетворительного функционального результата.

Особенности реабилитационного периода

Как известно, послеоперационный период начинается с момента завершения оперативного вмешательства и выведения больного из состояния наркотического сна.

Из антибактериальных препаратов предпочтение отдавалось остеотропным средствам, обладающим противомикробным действием на грамположительную и грамотрицательную флору, смешанную флору. Этим требованиям соответствовали препараты цефалоспоринового ряда (3-е поколение) вместе с препаратами имидазолового ряда. Препараты цефалоспоринового ряда вводились фракционно в течение всей операции. Это позволило снизить послеоперационные осложнения (первичное нагноение костной раны, остеомиелит, абсцедирование гематомы) до 5,6%.

Симптоматическая терапия включала в себя коррекцию метаболических, гемодинамических нарушений. С этой целью внутривенно применялись низкомолекулярные декстраны, 10% раствор альбумина, жировые эмульсии, аминокислотные смеси и т. д.

Для снятия послеоперационных болей применялись нестероидные противовоспалительные препараты (кеторол, ибобруфен, НАЙЗ и их аналоги). Одновременно назначались антигистаминные и десенсибилизирующие средства.

Несмотря на большое количество специальных литературных источников, в которых описано питание больных после реконструктивных операций в челюстно-лицевой области, мы считаем целесообразным остановиться на некоторых особенностях нутритивной поддержки у данной категории больных.

Больные, перенесшие операционную травму на челюстях, оказываются в неблагоприятных условиях для приема полноценной по составу и витаминной насыщенности пищи. По калорийности и составу пищевых веществ все лечебные диеты не достигают уровня общей диеты (ст. № 3), которая является наиболее физиологичной для здорового человека. Особенно низки основные показатели челюстной и зондовой диеты. Целесообразно назначать таким больным пищу, устраняющую дефицит белков, жиров и углеводов. Калорийность ее составляет 1200–1500 ккал. Дополнительное питание следует назначать не ранее 7-го дня после операции, когда послеоперационные боли стихают и не вызывают болезненности при глотании пищи.

Длительная межчелюстная фиксация приводит к слабости жевательных мышц. В связи с этим, чтобы не допустить грубого рубцевания в мягких тканях, целесообразно, начиная со 2-й недели, назначать пере-

менное или постоянное магнитное поле до 10 сеансов с обеих сторон. Для профилактики мышечной атрофии и усиления притока крови к мышцам назначают ДДТ в количестве 10 сеансов. Для улучшения репаративных процессов в области костных фрагментов больным назначается электрофорез с препаратами Са.

После клинико-рентгенологического контроля, исходя из общепринятых положений и индивидуальных особенностей больного, решается вопрос о целесообразности снятия межчелюстной фиксации. Критерием для снятия назубных шин может служить прочность сращения костных фрагментов.

Объективная оценка эффективности проведенного оперативного лечения деформаций челюстей в ранние сроки реабилитации возможна лишь при учете комплекса объективных показателей. Следует учитывать психоэмоциональную динамику больного, оценку им проведенного лечения.

Поздняя медицинская реабилитация оценивается по тем же критериям, что и ранняя. Дополнительно обращают внимание на устойчивость челюстей и зубных дуг в заданном операцией положении, полноту трудовой и социальной адаптации пациентов.

В конечном итоге результат проведенного комплексного лечения больных с деформациями челюстей полностью отражает полноту диагностических мероприятий, правильность выбора оперативного лечения, технический уровень выполненной операции и рациональность реабилитационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабаков Б.Д. О классификации аномалии прикуса у взрослых /Б.Д. Кабаков, В.А. Сукачев //Стоматология. – 1975. – № 5. – С. 92-95.
2. Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии /Т.Г. Робустова и др. – М., 2000. – 456 с.
3. Dal Pont G. Die retromolare Osteotomie zur Korrektur der Progenie der Retrogenie und des Mordes appertur //Ost. Z. Stomat. – 1961. – Bd. 58. – № 5. – S. 8-10.
4. Obwegesser H. Die Bewegung des interen Alveolarfortsatzes zur Korrektur von Kieferstellungsanomalien //Dtsch. Zahnärztl. Z. – 1968. – Bd. 23. – № 11. – S. 1075-1019.

УДК 616.316-003.7-092

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Дмитриенко Е.В., Забелин А.С.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

MODERN CONCEPTS OF SIALOLITHIASIS PATHOGENESIS (LITERATURE REVIEW)

Dmitrienko E.V., Zabelin A.S.

The Smolensk State Medical Academy

В работе представлены современные данные о местных и общих факторах, способствующих образованию конкрементов в слюнных железах и их протоках. Авторы считают, что наиболее обоснованной является протеолизно-ионная теория патогенеза слюннокаменной болезни.

Ключевые слова: слюннокаменная болезнь, патогенез.

Modern data on local and general factors contributing to concrement formation in the salivary glands and their ducts are presented in the work. Authors consider ionic proteolysis theory of sialolithiasis pathogenesis to be the most reasonable.

Key words: sialolithiasis, pathogenesis.

Слюннокаменная болезнь (СКБ), или сиалолитиаз, часто встречается среди заболеваний слюнных желез и, по различным данным отечественных и зарубежных авторов, составляет от 40 до 60% всех заболеваний слюнных желез. Несмотря на большое число исследований по изучению этого заболевания, количество диагностических (а следовательно, и лечебно-тактических) ошибок остается достаточно высоким. Кроме того, лечение этого заболевания сводится, как правило, к хирургическому вмешательству и купированию острых воспалительных явлений в пораженной железе, а проблеме профилактики рецидива камнеобразования не уделяется должного внимания.

Вопрос о механизмах образования конкрементов в слюнных железах и их протоках хотя и имеет давнюю историю, до настоящего времени остается дискуссионным. Существует множество предположений о причинах возникновения слюнных камней (СК), однако ни одна из теорий не дает окончательного ответа.

Большинство исследователей выделяют *общие и местные факторы*, способствующие образованию конкремента.

Из *общих факторов* придают значение нарушениям минерального обмена, гипо- или авитаминозу А. Установлено, что слюннокаменная болезнь в большинстве случаев развивается на фоне разнообразных заболеваний внутренних органов и систем, сопровождающихся нарушениями фосфорно-кальциевого обмена [3, 4]. В результате этого в тканях слюнных

желез и, вероятно, других органов формируются белково-углеводные и фосфорно-кальциевые соединения, которые могут явиться предшественниками микролитов. В области расположения микролитов (при наличии индивидуальных анатомических особенностей либо других местных причин) создаются ретенционные пункты, где благодаря отложению солей и происходит рост камня [10]. В пользу нарушений минерального обмена говорит и тот факт, что достаточно часто наряду со СК у больных выявляются конкременты в желчных и мочевыводящих путях. Г.В. Мартынов (2000) предлагает ввести понятие «первично множественный биолитиаз».

В развитии СКБ может играть существенную роль недостаток витамина А в организме. И. Худояров (1965), предложив А-авитаминную диету в эксперименте, отметил армирование микролитов в слюнных железах у крыс.

Определенное значение имеют характер пищи и состав питьевой воды, влияющие на изменения электролитного состава и рН слюны. Основу слюны составляют мицеллы, связывающие большое количество воды, ионов кальция и гидрофосфата. При этом имеется зависимость между структурой мицелл слюны и ее минерализующими свойствами. Изменение рН в любую сторону от среднефизиологических значений снижает устойчивость коллоидных мицелл [8].

Достаточно широкое признание получила точка зрения о важной роли в образовании СК микробного фактора [9, 10]. Особая роль отводится актиномице-

там, разлагающим слюнной протеин и обуславливающим отложение солей. Протоки слюнных желез постоянно инфицируются со стороны полости рта, но образование СК не является столь частым, как этого можно было бы ожидать. Следовательно, необходимы еще дополнительные условия, способствующие и ускоряющие камнеобразование в слюнных железах.

Большое влияние на образование СК, по мнению ряда авторов, оказывают воспалительные процессы в протоках железы. В результате воспаления наблюдаются застойные явления, вызываемые скоплением слущенных клеток эпителия, лейкоцитов, волокон фибрина и образованием т. н. слюнного тромба. А.В. Клементов (1960) считает, что хронический протоковый сиаладенит является причиной образования геля, который, кристаллизуясь, превращается в камень.

По мнению А.Б. Денисова и соавт. (1996), образование минеральных конкреций в слюнных железах является обычным явлением. В ацинарных клетках в 80% случаев авторы выявили микрокамни размером 25 мк, состоящие из ионов кальция и обломков клеточных мембран. При нарушении оттока слюны эти микрокамни могли остаться внутри протока и в дальнейшем вызвать местную обструкцию. По мнению автора, редкое образование конкрементов в околоушных слюнных железах связано с тем, что в ее секрете содержится статхерин, который является мощным ингибитором осаждения фосфата кальция из слюны.

Предлагалась рефлекторная теория образования СК, согласно которой в основе СКБ лежит нарушение иннервации слюнной железы, в результате чего происходит стойкое расширение протоков, нарушение слюнооттока, присоединение инфекции и образование СК (Decaume M., Vonneau M., Payen I., 2001).

В последние годы было установлено, что СКБ развивается на фоне врожденной патологии слюнных желез в виде эктазий и стриктур протоковой системы. Эти нарушения обнаруживаются не только в железе, пораженной камнем, но и в других слюнных

железах одного и того же человека. В связи с этим было высказано предположение, что главной причиной развития СКБ, а не ее следствием, как считали раньше, является врожденное расширение протоков [3]. Кроме того, в поднижнечелюстном протоке могут выявляться аномалии в виде истинного дивертикула его стенки, который является местом образования СК [1]. Помимо наличия врожденных изменений протоковой системы для образования конкремента, по мнению этих авторов, необходимо наличие особой анатомической формы околоушного или поднижнечелюстного протоков в виде ломаной линии с резкими изгибами.

В.Н. Матина и соавт. (1993) считают, что механизмы камнеобразования мочевых, желчных и слюнных камней во многом схожи. В этой связи, на наш взгляд, представляет интерес протеолизно-ионная теория патогенеза почечнокаменной болезни (Единый Ю.Г., Дзюрак В.С., 1999), согласно которой для камнеобразования необходимо одновременное присутствие двух факторов: оптимального для седиментации камнеобразующих солей значения рН и низкого уровня протеолиза мочи. При недостаточности протеолиза образуется гель, из которого возникает матрица мочевых камней с последующим развитием почечнокаменной болезни. Возможно, подобные процессы могут иметь место и в протоках слюнных желез.

Важную роль в возникновении СК имеет состояние гематосаливарного барьера, изменения со стороны которого могут способствовать проникновению ряда веществ в просвет ацинусов железы и нарушению равновесия между компонентами ее секрета [11]. Однако эта точка зрения нуждается в дальнейшем изучении.

В настоящее время большинство авторов полагают, что развитию СКБ способствует не одна, а, как правило, целый ряд причин. Мнения расходятся только в выделении главной причины заболевания. К сожалению, на сегодняшний день мы не имеем единой теории, объясняющей процессы камнеобразования при СКБ.

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. – 95с.
3. Афанасьев В.В., Никифоров В.С. Этиология слюннокаменной болезни //Стоматология. – 1999. – №5. – С. 39-41.
4. Афанасьев В.В., Юдин Л.А., Щипский А.В., Кондрашин С.А. К вопросу об этиологии слюннокаменной болезни //Стоматология. – 1999. – №4. – С. 28-29.
5. Бернадский Ю.А. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984.
6. Денисов А.Б. Слюнные железы. Слюна. – М., 2000. – 246 с.

7. Единый Ю.Г., Дзюрак В.С., Желтовская Н.И. Протеолитно-ионная теория патогенеза почечнокаменной болезни // Урология и нефрология. – 1989. – №6. – С. 37-40.
8. Забросаева Л.И., Козлов Н.Б. Биохимия слюны. Учебно-методическое пособие. – Смоленск, 1992. – 42 с.
9. Матина В.Н., Кораго А.А., Вероман В.Ю. Механизмы камнеобразования при слюннокаменной болезни (обзор литературы). // Стоматология. – 1993. – №1. – С. 73-74.
10. Павлов Б.Л., Шейнман В.Ю. Вопросы этиологии и патогенеза слюннокаменной болезни // Стоматология. – 1976. – №5. – С. 43-46.
11. Петрович Ю.А., Подорожная Р.П., Киченко С.М. Гематосаливарный барьер // Российский стоматологический журнал. – 2004. – №4.
12. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез. – Киев: «Здоровья», 1991. – 310 с.
13. Угулава С.Н. Слюннокаменная болезнь. – Севастополь, 1960. – 135 с.
14. Худояров И. Слюннокаменная болезнь (Экспериментальное и клиническое исследование): Автореф. дисс. . канд. мед. наук. – Л., 1965. – 23 с.

УДК 616.316-003.7-07-08

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Дмитриенко Е.В., Шашкевич В.А.

МЛПУ «Стоматологическая поликлиника № 2»;

ОГУЗ «Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника»

ALGORITHM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SIALOLITHIASIS

Dmitrienko E.V., Shashkevich V.A.

The Stomatological Out-Patient Department № 2;

The Smolensk District Stomatological Out-Patient Department

Слюннокаменная болезнь, по различным данным, составляет 40–60% всех заболеваний слюнных желез. Несмотря на наличие характерных клинических признаков этого заболевания, часто ставится ошибочный диагноз, следовательно, назначается неверное лечение. В статье изложен алгоритм диагностических мероприятий при слюннокаменной болезни, а также лечебная тактика в зависимости от характера течения и стадии заболевания.

According to different data sialolithiasis makes up 40–60% of all salivary glands impairments. In spite of characteristic clinic signs this disease is often misdiagnosed and so incorrect treatment is administered. Routine of diagnostic procedures in sialolithiasis and curative measures according to the character and stage of disease are described in the article.

В структуре патологии слюнных желез калькулезный сиаденит является наиболее распространенным заболеванием. По различным данным, он составляет 20–80% [4, 6].

В литературе уделяется достаточно много внимания данному вопросу, однако количество диагностических, а следовательно, и лечебно-тактических ошибок, допускаемых в поликлиниках при слюннокаменной болезни (СКБ), остается высоким.

Ошибки в диагностике допускаются главным образом из-за того, что клинические проявления данного заболевания переменны. Имеет значение и то, что больные обращаются за помощью не только к врачам-стоматологам, но и к врачам других специальностей, обладающим различным диапазоном знаний из области челюстно-лицевой хирургии. Чаще всего ставятся диагнозы лимфаденит, абсцессы челюстно-язычного желобка или подъязычной области, подчелюстная флегмона [2].

С клинической точки зрения наиболее удобной является классификация СКБ Н.Д. Лесовой [5].

1. По клиническому течению:

- скрытый период (без выраженных клинических признаков);
- с выраженными клиническими признаками;
- период обострения.

2. По локализации конкремента:

- во внутрижелезистом отделе;
- во внежелезистом отделе;
- во вне- и внутрижелезистом отделе одновременно.

Диагностика любого заболевания начинается с выяснения жалоб и анамнеза.

Начало заболевания протекает незаметно (от нескольких месяцев до нескольких лет), при осмотре пациента не обнаруживаются отклонения от нормы. Первые симптомы болезни появляются при нарушении оттока слюны во время приема пищи, особенно кислой или острой. Больные отмечают периодическое появление припухлости в области слюнной железы. Усиление боли во время еды связано с затруднением оттока слюны из-за наличия в протоке камня. После еды боль и припухлость в области железы постепенно уменьшаются. Такое состояние называется слюнной коликой.

Со временем изменения в железе нарастают: заболевание переходит в клинически выраженную и позднюю стадии, когда прослеживаются клинические признаки хронического сиаладенита. Подчелюстная слюнная железа увеличивается, становится плотной и болезненной.

Во время обострения заболевания, при присоединении инфекции повышается температура тела, наблюдаются признаки эндогенной интоксикации организма. При бимануальном исследовании проток слюнной железы прощупывается как плотный тяж, в котором иногда пальпируется слюнный камень в виде наиболее уплотненного участка. Устье протока обычно гиперемировано, и из него выделяется слюна с примесью гноя. Часто в челюстно-язычном желобке образуется свищ.

При СКБ поражается в основном поднижнечелюстная слюнная железа, однако конкременты могут обнаруживаться и в околоушной железе. Особенно калькулезного паротита: если камень находится в главном протоке железы, припухлость щечной области определяется не столько снаружи, сколько со стороны гиперемированной слизистой оболочки. Если же камень находится в толще паренхимы, железа бывает увеличена, боль иррадирует в ухо, висок, затылок, а со стороны слизистой оболочки рта гиперемия отмечается лишь около устья выводного протока, из которого выделяется густая слюна с примесью гноя.

Для проведения дифференциальной диагностики необходимо использовать основные и дополнительные методы исследования.

1. *Осмотр и пальпация* позволяют определить состояние кожных покровов в области слюнных желез, состояние устьев выводных протоков, наличие припухлости в области слюнной железы и ее протока, консистенцию и подвижность железы, характер и количество выделяющегося секрета.

2. *Зондирование протока* проводится с помощью специальных зондов или бужей и позволяет выявить камень и определить расстояние от устья до него. Зондирование следует проводить с осторожностью, чтобы не протолкнуть конкремент в дистальные отделы протока и не перфорировать его стенку.

3. В настоящее время основным методом диагностики СКБ является *рентгенологическое исследование*. При локализации камня в переднем отделе протока показана рентгенография дна полости рта, при нахождении его в заднем отделе протока или в поднижнечелюстной железе – рентгенография нижней челюсти в боковой проекции.

Для выявления конкремента в протоке околоушной железы делают рентгенографию лицевого скелета в прямой проекции обычным способом либо с введенным в проток контрастным веществом или инструментом. Также может применяться контактная рентгенография щеки. Нужно помнить, что конкременты не выявляются при малом их обызвествлении. Сиалографию в данном случае проводить нецелесообразно в связи с тем, что большинство больных обращаются в период обострения, когда проведение данного метода противопоказано.

4. При несоответствии клинических проявлений и данных рентгенографии для уточнения диагноза проводят *УЗИ железы*. Особую ценность этот метод представляет для обнаружения рентгенонегативных камней, т. к. выявление конкремента с помощью сиалосонаграфии не зависит от его минерального состава. Особую трудность представляет УЗИ мелких и множественных камней, когда «акустическая тень» малозаметна или отсутствует на экране.

Указанных диагностических приемов в условиях амбулаторного приема бывает достаточно не только для установления диагноза, но и для определения локализации конкремента.

Существуют и другие методы исследования слюнных желез, которые на практике применяются значительно реже. Диагностическая ценность *компьютерной томографии* слюнной железы для обнаружения конкремента приближается к 100%, поскольку позволяет определить пространственное расположение слюнного камня [7].

Для определения функционального состояния слюнных желез используют метод *сиалометрии* – количественного измерения слюны за определенный промежуток времени.

Кроме того, функцию железы можно оценить и с помощью *сиалосцинтиграфии*. Суть метода за-

ключается в измерении времени поглощения слюнной железой радиофармпрепарата из крови.

Лечение СКБ является довольно сложной задачей. Как правило, оно включает хирургическое вмешательство (удаление конкремента) и последующую противовоспалительную терапию. При этом решающее значение принадлежит оперативному воздействию [2, 4].

Консервативный метод лечения СКБ возможен при наличии конкрементов небольших размеров, расположенных вблизи устья выводного протока слюнной железы. Методика заключается в назначении больным веществ, стимулирующих слюноотделение, вследствие чего мелкие камни могут быть выброшены током слюны в полость рта.

Однако в преобладающем большинстве случаев необходимо хирургическое вмешательство. *Удаление конкремента* из протока целесообразно проводить под проводниковой анестезией, т. к. инфильтрация тканей раствором анестетика делает поиски камня более трудными [4]. Капсулу, окружающую камень, которая содержит иногда очаги обызвествления и покрыта изнутри папилломатозными разрастаниями эпителия, следует иссекать.

При выраженных воспалительных явлениях в области локализации камня и на протяжении протока возникают трудности при операции удаления конкремента. Пропальпировать камень при этом практически невозможно. В таких случаях необходимо принять меры для купирования острых воспалительных явлений (антибактериальная терапия, физиолечение: ЭП УВЧ-терапия, УЗ-терапия, МЛТ и пр., полоскания и т. д.), после чего удалить камень. После операции рану дренируют в течение 1–2 суток [3].

В последние годы предложен метод ударно-волновой литотрипсии, т. е. дробление слюнных камней с последующим выведением мелких фрагментов путем стимулирования слюноотделения [1].

При локализации камня в паренхиме железы единства мнений о методах хирургического лечения нет. Ряд исследователей [4, 5, 6] являются сторонни-

ками удаления камня вместе с железой ввиду опасности рецидивов, а также глубоких необратимых склеротических и атрофических процессов в тканях слюнной железы. Другие [1], напротив, считают, что экстирпация слюнной железы, которая имеет большую функциональную значимость для организма, не всегда оправданна. В связи с этим разработан ряд методик органосохраняющих операций на больших слюнных железах и их протоковой системе с применением микрохирургической техники. Однако органосохраняющие операции противопоказаны при:

- наличии выраженных признаков замещения железистой ткани соединительной тканью;
- выраженных рубцовых изменениях в тканях, окружающих слюнную железу и ее выводной проток;
- наличии множественных конкрементов в различных отделах протоковой системы одной железы.

Иной подход осуществляется при удалении камней из паренхимы околоушной железы. Здесь ограничиваются лишь удалением камней и (в крайнем случае) частичной резекцией железы.

Прогноз при СКБ для жизни является благоприятным. Серьезные опасности для здоровья представляет не столько СКБ, сколько различные ее осложнения. Важнейшими из них являются осложнения, связанные с течением воспалительного процесса в железе и окружающих ее мягких тканях, а также осложнения, связанные с проведенными оперативными вмешательствами. Среди них наиболее вероятные – формирование свища в подъязычной области, кровотечение, оставление камней в ране, потеря чувствительности и нарушение двигательной функции языка половины языка, парез краевой ветви лицевого нерва. Наблюдения ряда исследователей [2] показали, что в отдаленном периоде после удаления конкремента у 30% больных нередко происходило частичное или полное стриктурирование протока в области оперативного вмешательства либо возникал рецидив камнеобразования (30–40%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., Мешков В.М., Брестовицкий С.М. Слюннокаменная болезнь: диагностика и лечение с использованием метода сиаполитотрипсии. – М., 2003. – 95 с.
2. Бернадский Ю.А. Основы хирургической стоматологии. – Киев: Вища школа, 1984.
3. Биберман Я.М. О некоторых особенностях удаления камней подчелюстной слюнной слюнной железы // Стоматология. – 1958. – № 1. – С. 44-48.
4. Клементов А.В. Болезни слюнных желез. – Л.: Медицина, 1975. – 112 с.
5. Лесовая Н.Д. Клиника и течение слюннокаменной болезни подчелюстных слюнных желез. (Топографо-анатомическое и клиническое и клиническое исследование): Автореф. дисс. д.м.н. – Киев, 1972. – 28 с.
6. Угулава С.Н. Слюннокаменная болезнь. – Севастополь, 1960.
7. Юдин Л.А., Кондрашин С.А. Лучевая диагностика заболеваний слюнных желез. – М.: ВИДАР, 1995.
8. Tohda H., Yamakura K., Yanagisawa T. High-resolution electron microscopic study of salivary calculus // J. Electron. Microsc. – 1995, 44(5). – P. 399-404.

УДК 616.31-008.6-08-06-084

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И КОЖИ

Елькова Н.Л., Соболева Н.А.
ГОУ ВПО «Воронежская государственная
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF SYNDROME IMPAIRMENT OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY AND SKIN

Elkova N.L., Soboleva N.A.
The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Дифференциальная диагностика синдромных заболеваний, протекающих с поражением кожи и слизистой оболочки рта, очень сложна из-за общности этиологических факторов, сходности развития клинической картины и одинаковой направленности изменений основных показателей гомеостаза.

Ключевые слова: многоформная эксудативная эритема, синдромы Стивенса – Джонсона, Лайелла.

Differential diagnostics of syndrome impairment with skin and mouth mucous membrane lesions, is very difficult because of common etiologic factors, similarity of clinical picture development and the same way of changes of the basic indicators of homeostasis.

Key words: multiform exudative erythema, Stevens – Johnson's syndrome, Lyelle's syndrome.

Синдромные заболевания, классифицируемые как многоформная эксудативная эритема (МЭЭ), синдром Стивенса – Джонсона (ССД) и синдром Лайелла (СЛ), характеризуются, как правило, тяжелым или крайне тяжелым течением заболевания, в большинстве случаев требующего стационарного лечения.

Сложность диагностики синдромных заболеваний, протекающих с поражением кожи и слизистой оболочки рта (СОР), связана с общностью этиологических факторов, сходностью развития клинической картины и одинаковой направленностью изменений основных показателей гомеостаза.

Однако в течении этих заболеваний есть существенные различия, которые могут стать определяющими как в прогностическом аспекте, так и для осуществления ранней диагностики и определения тактики лечебных мероприятий в каждом конкретном случае.

Диагностика синдромных заболеваний, протекающих с поражением СОР и кожи, очень сложна, что объясняется рядом причин.

1. Из-за сходства МЭЭ, ССД и СЛ между собой и наличием тех или иных симптомов, аналогичных другим заболеваниям (корь, пузырчатка, сливной герпетический стоматит, ОКВ, скарлатина и т. п.).

2. Каждое из этих заболеваний характеризуется фазностью развития. Причем даже в условиях одной нозологической формы клинические проявления в ранних фазах заболевания не только неоднозначны, но могут иметь и весьма существенные различия.

3. Начало заболевания (продромальный период) и первые клинические симптомы могут быть абсолютно идентичными у МЭЭ, ССД и СЛ.

4. Все эти заболевания имеют однотипные причины, внезапное острое начало, склонность к рецидивам.

Поэтому практический врач должен быть готов к пониманию того, что симптомы заболевания как бы развернуты во времени, а скорость смены клинических фаз абсолютно индивидуальна и не имеет жестко детерминированных закономерностей, определяющих продолжительность и характер развития каждой из фаз.

В связи с тем что опыт нашей клиники охватывает почти четверть века наблюдений, можно констатировать тот факт, что встречаемость ошибочных диагнозов по годам не имеет тенденции к снижению. И это несмотря на то, что в специальной литературе, в том числе и предназначенной для врачей-стоматологов, вопросам клинико-лабораторной диагностики заболеваний год от года уделяется все больше внимания (табл. 1).

Таблица 1. Общая характеристика ошибочных диагнозов

Клинический диагноз	Диагноз направившего лечебного учреждения	Количество больных абс. (%)
1. Многоформная экссудативная эритема (n = 33)	Многоформная экссудативная эритема	21 (63,6%)
	Язвенно-некротический стоматит	6 (18,2%)
	Рецидивирующий афтозный стоматит	2 (6,2%)
	Аллергический хейлит	1 (3,0%)
	Лейкоплакия слизистой оболочки рта	1 (3,0%)
	Кандидозный стоматит	1 (3,0%)
	Отек Квинке	1 (3,0%)
8. Синдром Стивенса – Джонсона (n = 26)	Синдром Стивенса – Джонсона	12 (46,2%)
	Язвенно-некротический стоматит	8 (30,8%)
	Стоматит Венсана	2 (7,7%)
	Острый афтозный стоматит	1 (3,8%)
	Пузырное поражение полости рта	1 (3,8%)
	Синдром Бехчета	2 (7,7%)
14. Синдром Лайелла (n = 12)	Синдром Лайелла	9 (75%)
	Язвенно-некротический стоматит	2 (16,6%)
	Аллергическая болезнь	1 (8,4%)

Нами был проведен анализ клинико-лабораторных характеристик синдромных заболеваний, протекающих с поражением СОР и кожи, на основании которого были выдвинуты основные принципы дифференциальной диагностики МЭЭ, ССД и СЛ.

Тщательный анализ жалоб, данных анамнеза, клинических показателей общего состояния больных позволил выявить также признаки, достаточно убедительно свидетельствующие о возможности развития септических осложнений.

К этим признакам относятся следующие:

- преобладание жалоб общего характера, отражающих возникновение, быстрое прогрессирование синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) при еще незначительных или умеренно выраженных местных проявлениях заболевания;
- наличие так называемых жалоб «третьего плана», отражающих очевидное ухудшение функционирования ранее компрометированных жизненно важных функций органов и систем организма в связи с уже имеющейся фоновой патологией;
- рефрактерность к любым методам проводимого лечения, когда у больного отмечается неуклонное нарастание количества и интенсивности проявлений симптомов общего инфекционного синдрома;
- быстрое нарастание и расширение зон поражения СОР, других слизистых оболочек и кожного покрова;
- выявление признаков гиперфункционирования ЦНС.

При поступлении больных в стационар в разные сроки от начала заболевания (от трех до 10–12 суток с момента появления первых признаков заболевания) симптомы сепсиса могут быть достаточно различными, а также иметь разную степень выраженности. Наиболее значимыми из них можно считать следующие:

- стойкое повышение температуры тела выше 38°C с суточными размахами до 3°C и более, проливные поты, ознобы;
- прогрессирующее по объему поражение СОР и кожи, а также появление новых очагов поражения, несмотря на проводимое лечение;
- смена реакции гиперфункционирования ЦНС на варианты гипофункционирования;
- наличие клинических проявлений расстройств микроциркуляции и гемокоагуляции;
- наличие высокого уровня лейкоцитоза или агранулоцитоз, высокий уровень СОЭ, наличие анемии, гипопротейнемии, высокие показатели сердечной производительности за счет увеличения числа сердечных сокращений;
- негативная динамика клинико-лабораторных проявлений заболевания на фоне интенсивного лечения.

Целью нашего исследования явилась разработка алгоритма дифференциальной диагностики синдромных заболеваний МЭЭ, ССД и СЛ, протекающих с поражением СОР и кожи, с учетом выделенных признаков и его реализация с помощью построения нейросетевой системы. Нейронные сети основаны

на примитивной биологической модели нервных систем. Пользователь нейронной сети подбирает представительные данные, а затем запускает алгоритм обучения, который автоматически воспринимает структуру данных. Создание нейросетевой системы предусматривало проведение следующих этапов работы: изучение проблемы; постановку задачи; набор обучающих данных и тестирующих примеров; обучение нейросетей; определение оптимальной схемы; проведение дополнительных экспериментов; разработку и создание интерфейса программы; подключение к ней обученных нейросетей; испытание системы на примерах, не входящих в обучающую выборку; доучивание системы на этих примерах.

В качестве нейронной структуры была выбрана сеть Кохонена, так как она удачнее всего осуществляет классификацию. Обучается сеть Кохонена методом последовательных приближений.

В период с 1980 по 2004 год в отделении челюстно-лицевой хирургии № 1 Воронежской областной клинической больницы (с 1989 года – клиническая база кафедры стоматологии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко) находилось на обследовании и лечении 38 822 пациента с различными заболеваниями лицевой области головы, зубочелюстной системы и шеи. У 24 943 были выявлены неспецифические воспалительные заболевания одонтогенного и неодонтогенного происхождения. Среди них у 250 (1,0%) были диагностированы неспецифические воспалительные заболевания СОР. Из этого числа больных 71 пациент (28,4%) составил группу синдромных заболеваний с поражением СОР и кожи.

Для обучения нейросетей отобраны 179 наблюдений, данные которых были взяты из историй болезни пациентов с уже подтвержденными диагнозами. Данные остальных больных с МЭЭ, ССД, СЛ (соответственно 33, 26, 12 человек), наблюдавшихся в клинике, были оставлены для тестирования системы. Для нейросистемы представлял определенные трудности дифференциальный диагноз между МЭЭ и ССД (2 ошибки), что нередко имеет место и в клинической практике. У 71 больного, направленного в челюстно-лицевую стационар с синдромным заболеванием СОР и кожи, адекватный «направляющий диагноз» был только у 42 (59,2%). У остальных больных диагноз был неверным. В то же время применение разработанной нейросети дает возможность получить правильный диагноз МЭЭ и ССД в 94–96%, что, безусловно, способствует повышению эффективности своевременной диагностики.

Таким образом, разработанная нейронная система позволяет эффективно проводить дифференциальную диагностику синдромных заболеваний МЭЭ, ССД и СЛ, протекающих с поражением СОР и кожи. Система универсальна и может быть использована практическими врачами для диагностики любых других заболеваний путем создания соответствующих тестов. Программа, осуществляющая дифференциальную диагностику синдромных заболеваний МЭЭ, ССД и СЛ с помощью сети Кохонена, реализована в системе программирования Delphi 7.

УДК 617.51/.52:616.216.1-002-07-085-089(07)

ДИАГНОСТИКА ОРОАНТРАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ И ПРОФИЛАКТИКА ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ГАЙМОРИТА

Есикова Т.С., Химич И.В., Подольский В.В., Шестопалов А.А.
ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

DIAGNOSTICS OF OROANTRAL PERFORATIONS AND PREVENTION OF ODONTOGENIC PERFORATIVE MAXILLARY SINUSITIS

Esikova T.S., Khimich I.V., Podolskiy V.V., Shestopalov A.A.
The Volgograd State Medical University

В статье указаны наиболее частые причины развития перфорации верхнечелюстной пазухи и одонтогенного перфоративного гайморита; предложена рациональная тактика диагностики, лечения и профилактики вышеназванных осложнений.

Ключевые слова: ороантральное сообщение, одонтогенный перфоративный гайморит.

The most frequent causes of maxillary sinuses perforation and odontogenic perforative maxillary sinusitis are described in the article. Rational diagnostics, treatment and methods of prophylactic activities of mentioned above complications were also suggested.

Одонтогенный перфоративный гайморит – частое заболевание в клинике хирургической стоматологии. Среди воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух одонтогенный перфоративный гайморит встречается в 23–28% случаев [1, 2].

Клинический опыт свидетельствует о большом числе перфораций верхнечелюстной пазухи во время удаления зубов.

По данным клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ ВолГМУ, стоматологические поликлиники № 7 и № 9 г. Волгограда за 2007–2009 гг.

Как видно из таблицы, наиболее часто перфорация верхнечелюстной пазухи образуется при удалении первых и вторых моляров.

Патогенетическими моментами возникновения перфорации являются:

- анатомо-топографическая близость дна пазухи к корням моляров и премоляров верхней челюсти;
- разрушение тканей над верхушкой корня зуба патологическим процессом;
- нарушение методики удаления соответствующих зубов.

Таблица 1. Количество перфораций верхнечелюстной пазухи в зависимости от характера одонтогенного воспалительного процесса

Диагноз	Количество больных					Всего
	премоляры		моляры			
	1	2	1	2	3	
Хронический периодонтит	12	18	48	36	16	130
Обострение хронического периодонтита	5	14	20	16	7	62
Всего	17	32	68	52	23	192
В % к общему количеству больных	8,8	16,7	35,5	27,1	11,9	100,0

Своевременная диагностика ороантральных сообщений (перфораций и свищей) является ключевым звеном в профилактике развития перфоративного гайморита.

Перфорацию верхнечелюстной пазухи диагностируют сразу же по ее возникновению на основании ряда клинических признаков:

- обильное кровотечение из лунки удаленного зуба;

- прохождение воздуха из полости носа в полость рта (положительная носоротовая проба);
- чувство «проваливания» инструмента при глубоком зондировании лунки;
- кровотечения из соответствующего носового хода.

Диагностика ороантральных сообщений и верхнечелюстного гайморита основывается не только на результатах общеклинических, но и специальных

методов обследования: рентгенографии придаточных пазух носа и лунки удаленного зуба, эндоскопическом обследовании пазухи, компьютерной томографии.

Всех больных с ороантральными сообщениями и перфоративным гайморитом с точки зрения определения лечебной тактики целесообразно разделять на 3 группы:

I. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи без клиничко-рентгенологических признаков гайморита.

II. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи с клиничко-рентгенологическими признаками гайморита.

III. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи с признаками обострения хронического воспаления.

Профилактика перфоративного гайморита заключается в своевременном и качественном лечении больных первой клинической группы. Оптимальные сроки хирургического лечения больных находятся в пределах 48 часов с момента возникновения ороантрального сообщения [3, 4].

Основным моментом в лечении больных этой группы является пластическое закрытие сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта.

Для этого применяют методики с использованием:

1) трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка;

2) небного лоскута;

3) комбинации слизисто-надкостничного лоскута и небного;

4) слизисто-жирового лоскута со щеки.

Для устранения перфорации верхнечелюстной пазухи наряду с перечисленными методами используют следующие материалы: каноксицел, биоимплантат «Биоплант», полисульфоновый имплантат, колапол.

Необходимым условием в профилактике перфоративного гайморита следует считать достаточную аэрацию верхнечелюстной пазухи, что достигается применением сосудосуживающих капель в нос («Санорин», «Галазолин», «Изофра», «Полидекса» и т. д.).

Анализируя опыт лечения больных с ороантральными сообщениями, необходимо отметить, что самыми распространенными ошибками являются:

1) несвоевременная диагностика перфораций;

2) определение больных в другую клиническую группу и неадекватная тактика лечения;

3) нарушение методики хирургического вмешательства по устранению перфорации (или свища) верхнечелюстной пазухи;

4) устранение сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта введением йодоформного тампона на всю глубину или выше уровня лунки;

5) исключение из схемы лечения средств, обеспечивающих аэрацию верхнечелюстной пазухи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г., Палкина М.О., Ашурко И.П. Диагностика и лечение осложнений, связанных с введением стоматологических пломбировочных материалов в верхнечелюстной синус //Стоматология. – 2009. – № 1. – С.47-50.
2. Щипский А.В. Использование силиконовых мембран для закрытия перфораций верхнечелюстного синуса после удаления зубов //Российский стоматологический журнал. – 2005. – № 4. – С. 17 – 18.
3. Jonathan Pedlar. Oral and maxillofacial Surgery /Jonathan Pedlar, John W. Frame. – Churchill Livingstone, 2004. – 280 p.
4. Larry J. Peterson. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery /Larry J. Peterson, Edward Ellis III, James R. Hupp, Myron R. Tucker. – Mosby, 2003. – 776 p.

УДК 616.315-009.7-02

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК СПОСОБ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ГАНГЛИОНИТА КРЫЛОНЁБНОГО УЗЛА

Журавлёв В.П., Самохвалов Д.П.

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»;
ГУЗ СОКБ № 1

MOLECULAR GENETIC RESEARCH AS THE PROOF METHOD OF PTERYGOPALATINE GANGLIONITIS VIRUS AETIOLOGY

Zhuravlev V.P., Samokhvalov D.P.

The Ural State Medical Academy;
Surgical Stomatology and Maxillofacial Surgery Clinic;
The District Hospital № 1

Отечественные нейростоматологи на том или ином этапе своей деятельности разрабатывали вопросы этиопатогенеза, клиники и лечения лицевых болей. Молекулярно-генетическое исследование в выбранном направлении может привести к обоснованию этиопатогенетического метода лечения ганглионитов вегетативных узлов головы и его апробации в медицинской практике.

Ключевые слова: атипичные лицевые боли, ганглионит крылонебного узла, «модулятор лицевых болей».

Neuro-stomatologists of this country at one or another stage of their activity have worked out the common questions of aetiology, pathogenesis and treatment of facial pains. Molecular genetic research in the selected direction may result in the substantiation of ethiopathogenetic method of ganglionitis treatment of head autonomic ganglions and its testing in clinical practice.

Key words: atypical facial pains, pterygopalatine ganglionitis, «modulator of facial pain».

В практике невролога, стоматолога и отоларинголога одним из наиболее частых пациентов является больной с различными видами лицевых болей, называемых в специальной литературе прозопалгиями [1, 2, 6, 7, 12]. О большой актуальности данной проблемы как в практическом, так и в научном плане свидетельствует тот факт, что почти все известные отечественные нейростоматологи на том или ином этапе своей деятельности разрабатывали вопросы этиопатогенеза, клиники и лечения лицевых болей [3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13].

Исследования в выбранном направлении могут привести к обоснованию этиопатогенетического метода лечения ганглионитов вегетативных узлов головы и его апробации в медицинской практике.

Цель исследования – определить частоту ганглионита крылонебного узла вирусной этиологии на основании ПЦР-диагностики. Изучить морфологические изменения, происходящие при ганглионейропатии крылонебного узла.

Исследование тканей крылонебного ганглия проводили методом полимеразной цепной реакции для выявления наличия ВПГ и ЦМВ. Изучение морфологических изменений в крылонебном ганглии и прилегающей к нему надкостнице передней стенки крылонеб-

ной ямки осуществлялось в диагностических целях на 30 медицинских трупах, которым была проведена биопсия крылонебного узла.

Окрашенные гистологические препараты (рис. 1.1) подвергали морфологическому исследованию по системе микроскопического анализа с помощью микроскопа фирмы «Leica».

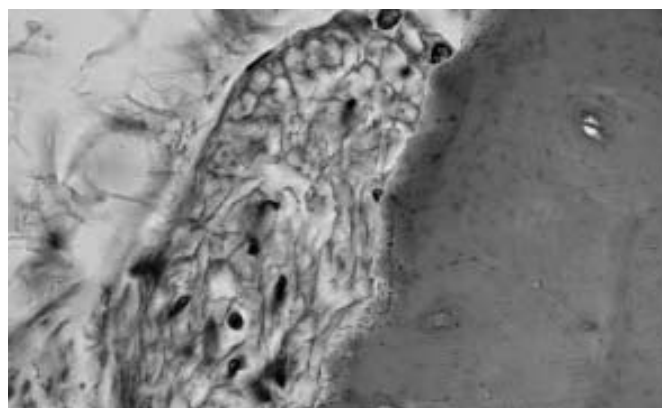


Рис. 1.1. Ганглиозные клетки крылонебного узла с проходящим нервом соответствуют гистологической норме. Фрагмент кости с надкостницей, прилегающей к крылонебному узлу, без структурных изменений. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 200

На рис. 1.2–1.3 представлены макропрепараты, выделенные из свежего трупа. В центральной части располагается непосредственно крылонёбный ганглий с отходящими узловыми ветвями и входящими симпатическими и парасимпатическими волокнами. Совершенно здоровой выглядит и кость с надкостницей (задняя часть стенки верхнечелюстной пазухи), к которой прилежал крылонёбный узел.



Рис. 1.2. Крылонёбный ганглий с отходящими узловыми вегетативными ветвями после препарирования

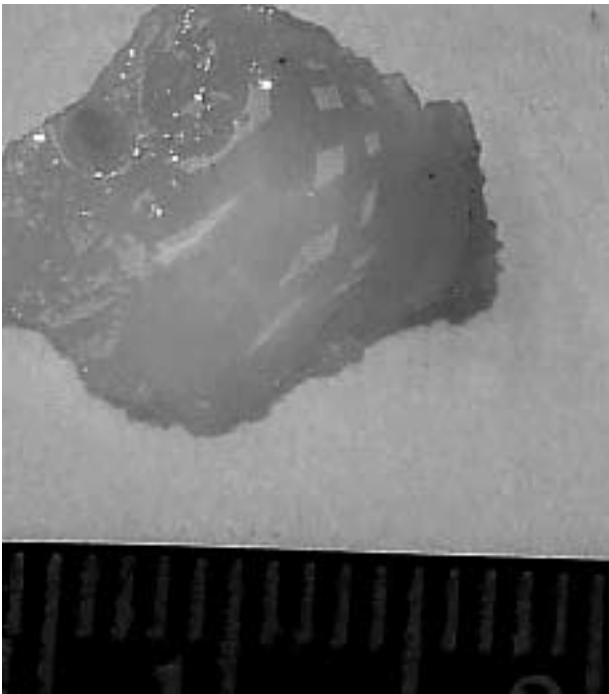


Рис. 1.3. Кость — задняя стенка верхнечелюстной пазухи, к которой прилежал крылонёбный узел

Рис. 1.4 демонстрирует картину нормального морфологического состояния парасимпатического ганглия, состоящего из нейронов. В центре расположены ядра тёмного цвета и цитоплазма бледно-розового цвета.

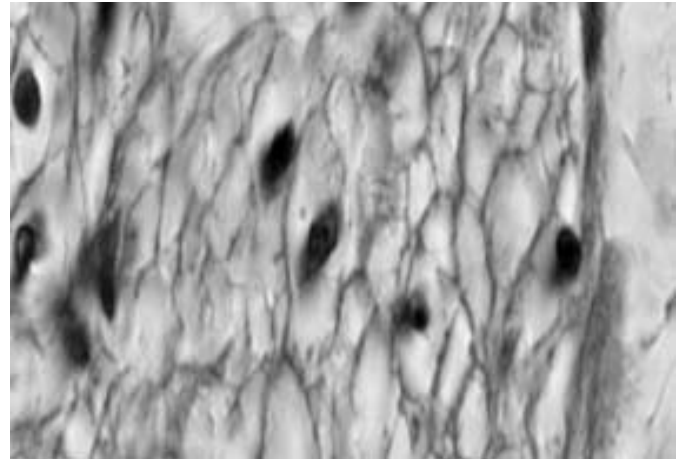


Рис.1.4. Ганглиозные клетки крылонёбного узла соответствуют гистологической норме. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 400

После морфофункционального анализа биоптатов, взятых у 33 прооперированных больных с ганглионейропатией крылонёбного узла, было исследовано 36 гистологических препаратов, изготовлено 44 среза. На рис. 1.5 представлена картина ганглиозных клеток, отличающаяся от контрольной группы. В целом клетки одинакового размера, но есть и существенные различия: цитоплазма нейроцитов просветлённого цвета, ядра имеют неправильную вычурную форму, у некоторых из них наблюдается патологическое просветление в центре — кариолизис.

Сруктурно-морфологические изменения в тканях крылонёбного ганглия позволили выявить достоверные различия ганглиозной ткани у больных с ганглионейропатией крылонёбного узла и контрольной группы (трупный материал).

При проведении ПЦР-анализа положительный результат был получен у 23 пациентов (69,69%). В контрольной группе он был отмечен в 6 случаях (20,0%). Это может свидетельствовать о вирусной этиологии ганглионита КНУ.

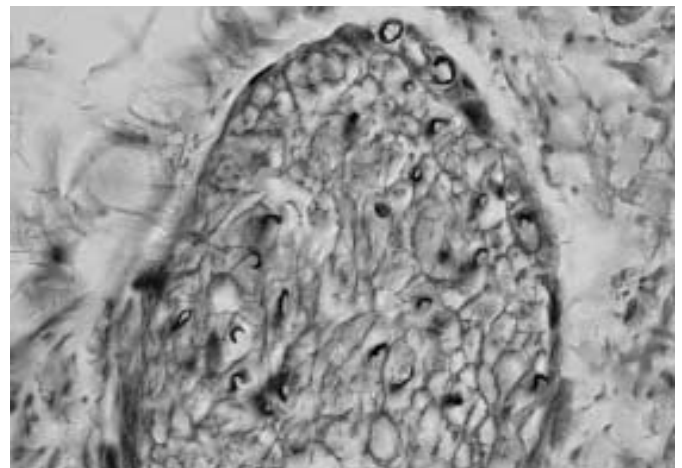


Рис. 1.5. Ганглиозные клетки крылонёбного узла. Поражение ядер. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 200

Учитывая изложенное выше, можно отметить, что результаты проведённого исследования помимо диагностического имеют практическое значение, так как дают принципиальную основу для разработки этиопатогенетического лечения. Они также позволяют врачам проводить дифференцированный подход при выборе лечебных мероприятий с учётом глубины нарушения функций данных систем и тяжести ганглионита крылонёбного узла.

Выводы

1. У больных с ганглионитом КНУ в 69,69% случаев в тканях вегетативного ганглия методом ПЦР был выявлен вирус простого герпеса, что позволяет говорить преимущественно о вирусной причине заболевания.
2. Морфологическое исследование ганглиозных клеток крылонёбного узла выявило в нейрочитах кариолизис при ганглионейропатии КНУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахадов Т.А. Проявления нейростоматологических симптомов /Т.А. Ахадов, Ю.В. Грачёв //Журн. неврол. и психиатр. – 1996. – Вып. 1. – С. 70-74.
2. Бурцев Е.М. Основы неврологии /Е.М. Бурцев, В.Д. Трошин, О.В. Трошин. – Н.Новгород, 1998 – Т. 1. – 143 с.
3. Грачев Ю.В. Патогенетические механизмы и клинические проявления лицевых болей /Ю.В. Грачев // Журнал неврологии и психиатр. – 1999. – № 8. – С. 32-42.
4. Гречко В.Е. Иммунологический статус при вегетативных прозопапгиях /В.Е. Гречко, М.Н. Пузин, К.Е. Балашов //Журнал невропатол. и психиатр. – 1990. – № 1. – С. 54-57.
5. Григорян Ю.А. Нейрогенные лицевые боли (патогенез, диагностика и микрохирургия): Дисс. . д-ра мед. наук. – М., 1994. – 370 с.
6. Деренко Е.П. Поражения нервной системы, вызванной вирусами герпеса /Е.П. Деренко //Невролог. журнал. – 1999. – № 4. – С. 46-52.
7. Журавлёв В.П. Диагностика и лечение основных нейростоматологических синдромов /В.П.Журавлёв, Л.П.Мальчикова //Совершенствование медицинской помощи населению Свердловской области: Сборник научных трудов ГУЗ СОКБ№1. – Екатеринбург, 2006. – С.110-113.
8. Каримова И.М. Личностные особенности больных постгерпетической тригеминальной невралгией /И.М. Каримова, А.В. Степанченко, В.Г. Зилов //Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1998. – № 2. – С. 51-52.
9. Назаров В.М. Нейростоматология /В.М. Назаров, В.Д. Трошин, А.В. Степанченко. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – С. 145-151.
10. Москалёв А.В. Инфекционная иммунология /А.В. Москалёв, В. Б. Сбойчаков //Под ред. Ю.В. Лобзина. – СПб.: ООО «Фолиант», 2006. – С. 19-27.
11. Пузин М.Н. Вегетативные лицевые боли /М.Н. Пузин, В.М. Решковский /Под ред. Пузина М.Н. – М., 1999. – С. 66-71.
12. Савицкая О.Н. О проблеме невралгии и прозопапгии /О.Н. Савицкая, В.А. Карлов //Журнал невропатол. и психиатр. – 1983. – №4. – С. 499-504.
13. Цветкова Л.А. Проявления вируса простого герпеса в полости рта /Л.А. Цветкова //Диагностика и лечение: Стоматологический форум. – 2003. – № 1. – С. 27-29.

УДК 616.31(470.332):312/313

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ НА ПРИМЕРЕ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Зубакин И.С., Басова Г.А., Агулин А.В.

ОГУЗ «Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника»

ANALYSIS OF PEOPLE'S DENTAL AID APPEALABILITY THE SMOLENSK DISTRICT STOMATOLOGICAL OUT-PATIENT DEPARTMENT WAS TAKEN AS A MODEL

Zubakin I.S., Basova G.A., Agulin A.V.

The Smolensk District Stomatological Out-Patient Department

В последние годы растёт интерес к медицинской статистике. Требования, которые к ней предъявляются, выходят за пределы текущей оперативной деятельности. Медицинская статистическая информация необходима для планирования текущей деятельности ЛПУ, для обеспечения полноценной работы его структурных подразделений.

Когда речь идёт о статистических данных, то под

этим понятиями подразумеваются цифры, отражающие определённые факты. Статистическая информация предназначена для извлечения из неё цифр, характеризующих тот или иной вопрос.

Рассмотрим структуру обращаемости за стоматологической помощью на примере ОГУЗ «Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника».

Таблица 1

Показатели (ОМС + бюджет + платные услуги)	2007	2008	2009	Разница 2009/2008
Количество посещений	69 442	66 172	68 598	+2 426
Количество посещений первичных	20 369	20 478	19 873	-605
Количество УЕТ	371811,70	335634,60	332535,60	-3098,70
Количество посещений на 1000 населения	744	709	735	+26
Количество посещений сельских жителей (%)	2 237 (3,2%)	2 854 (4,3%)	3 768 (5,5%)	+914 (+1,2%)
Количество посещений по заболеванию (%)	67 252 (96,8%)	63 403 (95,8%)	67 483 (98,4%)	+4 080 (+2,6%)
Количество посещений с профилакт. целью (%)	2 190 (3,2%)	2 769 (4,2%)	1 115 (1,6%)	-1 654 (-2,6%)
Количество посещений по ОМС (%)	61 675 (89%)	61 218 (92,5%)	63 071 (91,9%)	+1 853 (+0,6%)
Количество посещений, не оплаченных ОМС (%)	-	84 (0,14%)	283 (0,41%)	+199 (+0,27%)
Количество посещений по платным услугам (%)	2 120 (3,1%)	2 185 (3,3%)	1 765 (2,6%)	-420 (-0,7%)
Доступность амбулаторно- поликлинической помощи на одного жителя	0,9	0,9	0,9	-
Нагрузка на одного врача в год (посещений)	1 760	1 697	1 905	+208
Рабочих дней	7314	6926	6890	-36

Таблица 2

Показатели (в посещениях) (ОМС + бюджет + платные услуги)	2007	2008	2009	Разница 2009/2008
Всего	69 442	66 172	68 598	+2 426
Терапия	36 147 (52%)	34 132 (51,6%)	35 672 (52%)	+1 543
Хирургия	14 036 (20,2%)	14 724 (22,3%)	14 053 (20,5%)	-671
Пародонтологический кабинет	12 844 (18,5%)	13 753 (20,8%)	14 053 (21,5%)	-671
Платные услуги	2 120	2 185	1 765	-420
Кафедры СГМА	4 295	1 378	2 352	+974

Таблица 3

Показатели (в посещениях)	2007	2008	2009	Разница 2009/2008
Поликлиника	69 442	66 172	68 598	+2 426
Из них: ОМС	61 675	61 218	63 071	+1 853
Бюджет (+ не оплаченные ОМС + каф. терапии)	5 647	2 769	3 762	+993
Платные услуги	2 120	2 185	1 765	-420
Платное отделение	4 884 (7%)	3 847 (5,8%)	3 022 (4,4%)	-825

В поликлинике, обеспечивающей весь спектр услуг как на бесплатной, так и на платной основе, включая ДМС, пациенты отдают предпочтение лечению в объемах территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (2007 – 89%, 2008 – 92,5%, 2009 – 91,1%).

Основной причиной обращения является обращение по поводу заболеваний (2007 – 96,8%, 2008 – 95,8%, 2009 – 98,4%), из них терапевтических стоматологических заболеваний в 2007 году – 52%, в 2008 г. – 51,6%, в 2009 году – 52%; хирургических стоматологических заболеваний в 2007 году – 20,2%, в 2008 – 22,3%, в 2009 году – 20,5%; заболеваний пародонта в 2007 году – 18,5%, в 2008 – 20,8%, в 2009 году – 21,5%.

Низкой остаётся обращаемость с профилактической целью (2007 – 3,2%, 2008 – 4,2%, 2009 – 1,6%).

Доля платных услуг, оказанных дополнительно к лечению по территориальной программе ОМС, в общей структуре посещений составляет: в 2007 году – 3,1%, в 2008 – 3,3%, в 2009 году – 2,6%.

В отделении платных услуг, включая ДМС, обращаемость составляет: 7% – в 2007 году, 5,8% – в 2008, 4,4% – в 2009 году.

Таким образом, используя вышеуказанную статистическую информацию, руководитель учреждения имеет возможность рационально распределять врачебные кадры в зависимости от причины и вида обращения пациента за стоматологической помощью.

УДК 616.716.8+617.52

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ГНОЙНЫХ РАН ЛИЦА И ШЕИ

Киков Р.Н., Триф Г.В., Корчагина Е.Н.

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

WAYS OF OPTIMIZATION OF PRIMARY PURULENT WOUNDS OF THE FACE AND NECK TREATMENT

Kikov R.N., Trif G.V., Korchagina E.N.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Совершенствование методов лечения остаётся актуальной задачей современной челюстно-лицевой хирургии. В статье проанализированы показания, технологии, методологии и комплексная клинично-лабораторная оценка эффективности местного применения богатой тромбоцитами плазмы в лечении первичных гнойных ран.

Ключевые слова: богатая тромбоцитами плазма.

Improvement of treatment methods remains actual task of modern maxillofacial surgery. In article indications, technologies, methodology and complex clinic-laboratory assessment of efficiency of local application platelet-rich plasma in primary purulent wounds treatment are analyzed.

Key words: platelet-rich plasma.

В программе комплексного лечения больных с острыми воспалительными заболеваниями лица и шеи хирургические вмешательства занимают особое место [1, 5]. К настоящему времени разработаны и внедрены в практику различные методы местного лечения первичных гнойных ран челюстно-лицевой области. Большое распространение в лечении первичных гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи получил метод местной озонотерапии. Исследования ряда авторов показали высокую бактерицидно-фунгицидную активность газообразного озона, озонированных растворов [3, 5]. Внедрение в практику радиохирургической установки «Сургитрон» позволило проводить поэтапную некрэктомию гнойных ран, что способствует образованию коагуляционной пленки и очищению ран от гнойно-некротических масс. Введение в гнойную рану сорбентов оказывает лечебный эффект во всех фазах течения раневого процесса. Практически все сорбционные материалы адсорбируют на своей поверхности бактериальные клетки и проявляют бактериостатические свойства [2]. Тем не менее совершенствование методов лечения остаётся актуальной задачей современной челюстно-лицевой хирургии.

Для оптимизации и стимуляции раневого процесса в последние годы всё большее применение находит богатая тромбоцитами плазма (БТП). Если трактовать термин дословно, то обогащенная тромбоцитами плазма – это плазма, концентрация тром-

боцитов в которой превышает нормальную. В норме концентрация тромбоцитов в крови колеблется между 150 тыс./мкл и 350 тыс./мкл и в среднем составляет 200 тыс./мкл. Научно доказано, что стимулирующий эффект обогащенной тромбоцитами плазмы проявляется, если концентрация тромбоцитов в ней равна 1 000 000/мкл. При меньшей концентрации стимулирующий эффект не проявляется. В то же время до сих пор не было показано, что увеличение концентрации тромбоцитов свыше 1 000 000/мкл приводит к дальнейшему ускорению регенерации. При увеличении концентрации тромбоцитов увеличивается концентрация факторов роста. Ниже перечислены семь основных факторов роста, которые содержатся в богатой тромбоцитами плазме:

- тромбоцитарный фактор роста (PDGF-aa, PDGF-bb, PDGF-ab);
- трансформирующий фактор роста (TGF-β1, TGF-β2);
- фактор роста эндотелия сосудов (VEGF);
- фактор роста эпителия (EGF).

Эти естественные факторы роста находятся в биологически предопределенных соотношениях. Все это отличает богатую тромбоцитами плазму от рекомбинантных факторов роста. БТП стимулирует ангиогенез (т. е. рост сосудов) и митоз клеток, которые участвуют в процессе регенерации. В силу этого БТП не может значительно улучшить характеристики некротических костных материалов. Однако поскольку

сокращение сроков роста и созревания кости было продемонстрировано при применении аутогенной кости и БоТП, то можно предположить, что применение комбинации аутогенной кости, неклочного костного материала и БоТП тоже приведет к увеличению скорости формирования кости [6].

Применение БоТП возможно в нескольких формах: в виде сгустка, мембранной форме или в форме «меланжа» [4]. Форма БоТП определяется характером заполняемой полости и поставленной задачей. Все формы БоТП приготавливаются непосредственно перед введением в рану. При использовании в комбинации с остеопластическим материалом или аутогенным костным трансплантатом последние пропитываются БоТП до введения в рану, что значительно повышает его остеогенные свойства и существенно снижает риск отторжения [4, 5]. БоТП получила широкое распространение в хирургической стоматологии. Её используют в условиях дефицита костной ткани при проведении дентальной имплантологии, при проведении операции синуслифта, резекции верхушки корня, гемисекции или ампутации корня, при проведении лоскутной операции в пародонтологии [4, 6]. В то же время специальные исследования по местному применению БоТП в комплексном лечении первичных гнойных ран лица и шеи ещё не проводились.

Цель нашей работы заключалась в разработке показаний, технологий, методологий и комплексной клинично-лабораторной оценки эффективности местного применения БоТП в лечении первичных гнойных ран.

Материалы и методы исследования

В 2009 году в клинике челюстно-лицевой хирургии с гнойной инфекцией Воронежской областной больницы № 1 проведено лечение 19 больных с первичными гнойными ранами с использованием БоТП.

У пациента в стерильных условиях производится забор крови, 15–20 мл, путём венепункции локтевой вены. Материал помещается в две пробирки ёмкостью 10 мл и центрифугируется в течение 13–15 минут при скорости вращения аппарата 3000 оборотов в минуту. В результате сепарации в пробирках происходит разделение цельной крови на жидкую плазму, эритроцитарную массу и БоТП (вязкий сгусток на границе указанных слоёв). Сразу после разделения плазмы, лейкоцитов и тромбоцитов на БоТП и бедную тромбоцитами плазму, первую необходимо как можно быстрее отделить от второй. Если этого не сделать, то с течением времени тромбоциты будут диффундировать в бедную тромбоцитами плазму, и их концентрация в БоТП снизится. После этого сгусток извлекается из пробирки и подвергается специальной обработке с целью придания удобной формы для введения в рану. Обязательным условием метода является адекватное дренирование гнойного очага и возможно более полная некроэктомия. На следую-

щие сутки после хирургической обработки и некроэктомии на поверхность раны наносятся мембраны БоТП в шахматном порядке, поверх них наносят бедную тромбоцитами плазму, что приводит к формированию фибриновой сетки, которая играет роль регенеративного барьера. Указанного количества материала достаточно, чтобы покрыть раневую поверхность до 50 см². Далее на рану накладывается асептическая повязка. Манипуляция проводится один раз в сутки, начиная с первого дня после вскрытия гнойного очага.

Программа исследования больных включала анализ общеклинических показателей, контроля течения раневого процесса, сроков появления грануляционной ткани и эпителизации.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение раневого процесса после выполненных операций и местного применения БоТП проведено у 19 пациентов, включая макроскопическую оценку послеоперационных ран и цитологическое исследование мазков отпечатков с поверхности послеоперационных ран. Изучение раневого процесса производилось ежедневно до выписки больного из стационара.

При осмотре оценивалось состояние и размеры послеоперационных ран, эластичность стенок раны, наличие или отсутствие воспалительной инфильтрации, состоятельность швов (после наложения первично-отсроченных или ранних вторичных швов), наличие и выраженность признаков воспаления, характер раневого экссудата, наличие грануляций, краевой эпителизации и рубцовой ткани.

Оценка раневого процесса осуществлялась также при помощи цитологического исследования мазков отпечатков с поверхности послеоперационных ран. Взятие мазков отпечатков производилось со второго по пятый день. При этом изучалась выраженность и продолжительность воспалительной раневой реакции, которая оценивалась по количеству нейтрофилов, наличию в них признаков дистрофии, наличию макрофагов, количественному и качественному составу микрофлоры. Также оценивались наличие и сроки появления таких признаков раневой репарации, как гистиоциты, фибробласты, фиброциты, эпителиальные клетки (зрелые и незрелые), количество тромбоцитов, волокна рыхлой соединительной ткани.

На 3–4-е сутки рана очищалась от некротических масс, заполнялась грануляциями. Это позволило в ранние сроки (3–5-е сутки) накладывать первично-отсроченные или ранние вторичные швы. На 6–8-е сутки больные выписывались из стационара и не нуждались в длительном амбулаторном лечении. Каких-либо осложнений мы не отмечали. Метод помог сократить продолжительность стационарного лечения больных и сроки временной нетрудоспособности.

Заключение

Применение БотП позволяет использовать механизмы, приводящие к более быстрой и эффективной регенерации тканей благодаря высокой концентрации факторов роста и биологически активных протеинов. Поскольку богатую тромбоцитами плазму получают из собственной крови пациента, она абсолютно

безопасна с точки зрения переноса инфекционных заболеваний, например ВИЧ или вирусного гепатита. Проведенное исследование даёт основание рассчитывать на возможную оптимизацию процессов заживления первичных гнойных ран, но требует дальнейшего углубленного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюченко Б.М. Местное лечение гнойных ран. Раны и раневая инфекция. – М., 1990. – С. 223-293.
2. Использование углеродсодержащих сорбентов в хирургии /Е.А. Столяров и др. //Хирургия. – 1999. – № 4. – С.56-57.
3. Сравнительная оценка эффективности озонотерапии при стрептококковых инфекциях в зависимости от способа применения /Е.Н Алферина и др. //Мат. IV Всерос. научно-практ. конф. «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». – Н.Новгород, 2000. – С.111-112.
4. Елькова Н.Л. Богатая тромбоцитами плазма: применение в стоматологии /Н.Л. Елькова, О.В. Лазутиков, И.Ю. Петров. – Воронеж, 2005. – 20 с.
5. Цымбалов О.В. Патогенетические принципы иммуномодуляции гомеостаза у больных с флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф. дисс. док-ра. мед. наук. – СПб., 2005. – 32 с.
6. Marx R. E. Marx. Platelet-rich plasma (PRP): what is PRP and what is not PRP? /R. E. Marx //Implant dentistry. – 2001. – Vol. 10. – № 4.

УДК 616.314.2-089.28

ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ ПРИ ИХ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Ковалева И.А., Аболмасов Н.Н., Соловьев А.А.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

SPECIAL FEATURES OF THE SECONDARY TOOTH REPLACEMENT IN CASE OF TOTAL TEETH LACK ON CLINICAL FOLLOW-UP STUDY

Kovalyeva Y.A., Abolmasov N.N., Soloviyov A.A.

The Smolensk State Medical Academy

Среди проблем ортопедической стоматологии важное место занимают особенности повторного протезирования больных с полной потерей зубов. После завершения ортопедического лечения пациенты, как правило, удовлетворенные ближайшими результатами, длительное время не посещают врача, если нет явных признаков изменений со стороны органов и тканей челюстно-лицевой области или самих протезов. Причинами обращения больных в клинику в ближайшее после протезирования время, как правило, являются ошибки при лечении: балансирование протезов, нарушение их фиксации, наличие пор и трещин в базисе. Это подтверждают результаты исследований, опубликованных целым рядом авторов [1, 2, 3]. В более

отдаленные сроки повторное протезирование проводится преимущественно из-за снижения лечебно-профилактических свойств протезов.

В течение 3–4 лет мы курировали 41 пациента (30 женщин и 11 мужчин). Кроме клинического обследования этим пациентам проводили определение жевательной эффективности и речевых проб в день наложения протезов, через 33 дня (средний срок окончания адаптации) и через 6 месяцев. У 22 пациентов этой группы было проведено повторное протезирование. Ранее изготовленные протезы не отвечали их клиническим и функциональным требованиям (плохая фиксация и стабилизация, долгий срок пользования и др.), а 19 пациентов этой группы протези-

ровались впервые и были удовлетворены качеством съемных протезов.

Наблюдения за результатами повторного протезирования, проведенного с применением калотты и/или объемного моделирования, показали, что фиксация новых протезов всегда была выше, чем старых. Пациенты быстрее привыкали к ним, не предъявляя жалоб на утомляемость мышц, стучание зубов и какие-либо другие неприятные ощущения. После протезирования удалось вызвать на повторный осмотр 18 пациентов через различные сроки после лечения. При этом выяснилось, что все эти пациенты хорошо пользуются протезами, свободно откусывают и пережевывают разнообразную употребляемую пищу. Имевшаяся до повторного протезирования у 5 пациентов мацерация в области углов рта исчезла. У одного больного после протезирования исчезли боли в височно-нижнечелюстном суставе, а у 7 пациентов, жаловавшихся на нарушение речи, она восстановилась.

Анализ данных литературы и результаты наших исследований показывают, что причинами повторного протезирования наиболее часто являются невозможность пользоваться протезами из-за плохой фиксации, ухудшения жевательной эффективности из-за стираемости пластмассовых зубов, снижения межальвеолярной высоты и нижней трети лица, боли в области височно-нижнечелюстных суставов, нарушение четкости речи и эстетики. Изменившиеся условия во рту (атрофия альвеолярных отростков, изменение формы и ширины альвеолярных дуг, уплощение неба, изменение положения переходной складки и др.) требуют внесения конструктивных изменений в новые протезы. Отсюда следует, что тактика врача при повторном протезировании должна иметь отличия от той, которой придерживаются при первичном обращении больного.

В процессе пользования полными съемными протезами с пластмассовыми зубами под влиянием жевания происходит постепенное стирание их окклюзионных поверхностей. Это способствует более плотному смыканию зубных рядов, обеспечивает плавное скольжение нижнего зубного ряда по верхнему, устойчивость протезов и улучшение функции жевания, речи, височно-нижнечелюстных суставов, мышц челюстно-лицевой области. Однако дальнейшее стирание зубов приводит к снижению межальвеолярной высоты, в результате чего изменяется внешний вид лица, уменьшается объем полости рта, нарушается акт жевания, речь, функция височно-нижнечелюстных суставов.

В таких случаях, как правило, изготавливают новые протезы без учета особенностей старых. К ним пациенты привыкают снова длительное время, а если

этого не происходит, отказываются от них, продолжая пользоваться старыми, что ведет к усугублению дисфункциональных состояний жевательного аппарата. Особенности тактики повторного протезирования касаются прежде всего целесообразности и возможности изменения межальвеолярной высоты у больных, продолжительное время пользующихся протезами, со снижением этого параметра; изменения формы и ширины искусственной зубной дуги; расширения границ протезного базиса и вариации его формы. Следовательно, восстановление межальвеолярной высоты в старых протезах, если по другим причинам они не требуют переделки, является наиболее актуальной проблемой практической стоматологии.

Протезирование у больных этой группы имеет еще одну особенность, на которую в отечественной литературе не обращали внимания. Мы имеем в виду психофизиологическую сторону вопроса, заключающуюся в том, что у пациентов, пользующихся продолжительное время съемными протезами, вырабатываются стойкие привычки, изменение которых тем труднее, чем старше возраст.

Очевидно, что если установить новый протез без предварительной подготовки, то он будет восприниматься как совершенно инородное тело и период адаптации может длиться очень долго. Жевательная мускулатура чрезвычайно чувствительна к форме протеза, в результате чего основная нагрузка ложится на те группы мышц, которые расположены вдоль его внешнего контура. Если же в эту функциональную систему установить новый, измененный протез, то система будет воспринимать его как другое, инородное тело. Продолжительность нового периода адаптации зависит от возраста больного и времени пользования старым протезом.

Позиция пациента в данном случае совершенно понятна: если до этого в течение многих лет не было никаких проблем со старым протезом, а новый причиняет неудобства, то это означает, что стоматолог сделал некачественную работу. В процессе планирования лечения врач обязан учитывать все эти обстоятельства для избежания серьезных конфликтов с пациентами. Это отмечают подавляющее большинство клиницистов, к точке зрения которых мы присоединяемся.

Таким образом, при повторном лечении большинства пожилых и старых людей с полным отсутствием зубов следует применять технологию изготовления новых протезов с поэтапной, постепенной коррекцией их элементов. Это необходимо проводить по той причине, что пожилые и старые люди гораздо труднее и медленнее адаптируются к новым конструкциям протезов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Латий З.Б. Восстановление нормальной высоты прикуса у повторно протезируемых больных с полной потерей зубов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – 1967.
2. Оксман И.М. Клинические основы протезирования при полном отсутствии зубов. – М.: Медицина, 1967. – 174с.
3. Постолаки И.И., Кожухарь Н.М. Восстановление высоты прикуса при повторном протезировании беззубых челюстей методом копирования окклюзионной поверхности //Стоматология. – 1989. – №3. – С. 54-56.

УДК 616.716.8-002+615.281

**РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ
ПО ВОПРОСАМ ЭТИОЛОГИИ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Ковалева Н.С.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

**RESULTS OF DENTISTS' QUESTIONNAIRE SURVEY ON ETIOLOGY
AND ANTYBACTERIOLOGIC THERAPY OF PATIENTS
WITH MAXILLOFACIAL PYOINFLAMMATORY DISEASES**

Kovalyova N.S.

The Smolensk State Medical Academy

Статья посвящена изучению знаний врачей этиологии и антибактериальной терапии пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

The article is devoted to the study of doctors' knowledge of etiology and antibacteriologic therapy of patients with maxillofacial pyoinflammatory diseases.

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 [9]. Однако в литературе практически отсутствуют данные, подтверждающие целесообразность антибиотикотерапии при лечении стоматологических больных. Кроме того, результаты клинических исследований R. Walton, M. Serr, D. Peterson (2003) свидетельствуют о нежелательности использования антибиотиков при некоторых стоматологических заболеваниях.

Н.В. Дмитриева, Н.Н. Петухова (2000) и G.L. Mandell, J.E. Bennett, R. Polir (1995) считают, что проведение антибактериальной терапии зачастую осуществляется нерационально, без бактериологического контроля. Это, по их мнению, приводит к развитию резистентности микрофлоры, аллергия-

ции организма, нарушению микробиоценоза кишечника.

В клинике хирургической стоматологии антибиотики, как правило, назначают при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, а также с целью профилактики (при ранениях мягких тканей и костей лица, после зубной имплантации, реконструктивных и эстетических операций) [8].

Большую помощь в планировании эмпирической терапии оказывает знание наиболее часто встречающихся возбудителей воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [7], топографической анатомии лица и шеи, сведения о распространенности процесса, общем состоянии больного, особенно в случаях аллергического анамнеза, возраст пациента [6].

Минздравсоцразвития РФ в соответствующих приказах указывает антибиотики, рекомендуемые для лечения пациентов с гнойно-воспалительными за-

болеваниями лица и шеи. При терапии абсцессов, фурункулов, карбункулов мягких тканей ЧЛО необходимо назначать цефуроксим или эритромицин (приказ № 126 от 11.02.2005), при флегмонах – цефуроксим, амоксициллин/клавуланат, спирамицин, левофлоксацин (приказ № 477 от 29.07.2005), при остеомиелитах – пefлоксацин, левофлоксацин, цефтазидим, цефуроксим, имипенем, рифампицин, цефтриаксон (приказ № 520 от 11.08.2005).

Цель исследования – оценить знание врачами этиологии и антибактериальной терапии пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ГВЗ ЧЛО).

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе стоматологических поликлиник г. Смоленска, Смоленской области, Брянска, Воронежа, Калуги путем анкетирования врачей стоматологов-хирургов. Каждому из врачей предлагалось заполнить специально разработанную анкету, содержащую вопросы по этиологии и тактике антибактериальной терапии при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Оценка правильности ответов проводилась в соответствии с информацией, приведенной в отечественных стандартах и рекомендациях по выбору средств терапии данной патологии, одобренных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Отдельно проводилась оценка уровня знаний респондентов об этиологии и тактике лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Результаты исследования и их обсуждение

В опросе приняли участие 43 врача стоматолога-хирурга. Большинство опрошенных врачей (62,7%) проработали по своей специальности более 15 лет.

При заполнении анкет 82% врачей опирались на собственный практический опыт, при этом 63% указали также в качестве источника информации данные литературных источников, 11,7% – данные Internet.

Среди возбудителей ГВЗ ЧЛО респонденты наиболее часто (28,8%) указывали *S. aureus* упомянутых микроорганизмов, реже (12,5%) *S. pyogenes*, *S. epidermidis* – 12,2%, *S. viridans* – 10%, *Bacteroides* spp. – 8,7%, *Peptostreptococcus* spp. – 7,8%, остальные возбудители были указаны 20% опрошенных.

При рассмотрении отдельных нозологических форм ГВЗ ЧЛО большинство опрошенных врачей считают, что основными возбудителями периостита челюстей являются *S. aureus* – 34%, *S. viridans* – 17%, *S. epidermidis* – 14,3%, *Bacteroides* spp. – 9,8%, *Peptostreptococcus* spp. – 7,1%, остальные микроорганизмы – 17,8%.

При фурункулах 35% респондентов указали в качестве основного возбудителя *S. aureus*, 30,8% – *S. epidermidis*, 14% – *S. pyogenes*, 10,6% – *S. viridans*,

остальные возбудители указывались реже – 9,6%.

Основными возбудителями одонтогенного остеомиелита челюстей, по мнению опрошенных, являлись *S. aureus* – 30%, *S. viridans* – 15%, *S. pyogenes* – 12,5%, по 9,4% *Bacteroides* spp. и *Peptostreptococcus* spp., *S. epidermidis* – 8,5%, остальные микроорганизмы – 14,7%.

При абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области 26% респондентов отметили, что основным возбудителем является *S. aureus*, 16,3% – *S. pyogenes*, 14% – *S. epidermidis*, 12% – *Bacteroides* spp., 9,8% – *Peptostreptococcus* spp., 9,2% – *S. viridans*, остальные возбудители указывались реже – 12,7%.

Наиболее частыми возбудителями одонтогенного верхнечелюстного синусита, по мнению опрошенных, являлись *S. aureus* – 22,6%, *S. pyogenes* – 17,8%, *S. pneumoniae* – 10,2%, *S. intermedius* – 9,6%, по 9% *Bacteroides* spp. и *Peptostreptococcus* spp., по 8,2% *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*, остальные микроорганизмы – 5,4%.

В качестве препаратов выбора антибиотикотерапии при лечении больных с периоститом челюстей врачи наиболее часто указывали линкомицин – 19,6%, метронидазол – 17%, цiproфлоксацин – 15,4%, доксициклин – 12,3%, ампициллин и амоксициллин – 7,3%, амоксициллин/клавуланат и цефалексин – по 5,7%. В 9,7% случаев респонденты указывали другие антибиотики.

При фурункулах лица 13,9% врачей назначали оксациллин, 12,3% – цiproфлоксацин, 11,6% – амоксициллин, 10,8% – цефалексин, по 10% – ампициллин и амоксициллин/клавуланат, 7,6% – мидекамицин, 6,2% – эритромицин, по 3,8% – линкомицин, доксициклин, цефуроксим аксетил, 6,2% – другие препараты.

При одонтогенных остеомиелитах челюстей 16,8% врачей назначали цiproфлоксацин, 13,4% – цефалексин, 12,6% – линкомицин, 10,9% – оксациллин, 6,7% – доксициклин, по 5,9% – мидекамицин, цефуроксим аксетил, эритромицин, 5% – амоксициллин/клавуланат, 4,2% – ампициллин, по 3,4% – амоксициллин и ко-тримаксозол, 5,9% – прочие антибиотики.

Препаратами выбора эмпирической антибактериальной терапии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области респонденты назвали метронидазол – 16,2%, цiproфлоксацин – 9%, амоксициллин/клавуланат – 8,4%, амоксициллин, линкомицин, цефалексин – по 7,9%, ампициллин и оксациллин – по 7,1%, доксициклин и цефуроксим аксетил – по 5,2%, мидекамицин и цефтазидим – по 3,9%, другие антибиотики – 4,5%.

При лимфаденитах лица и шеи 14,5% врачей назначали цiproфлоксацин, 13% – ампициллин, 12,3% – оксациллин, 11% – цефалексин, 8% – амоксициллин, по 6,5% – линкомицин, амоксициллин/клавуланат,

мидекамицин, по 5,8% – доксициклин и эритромицин, 3,6% – ко-тримаксозол, другие препараты – 6,5%.

В качестве препаратов выбора антибактериальной терапии одонтогенного верхнечелюстного синусита респонденты отметили ципрофлоксацин – 13,2% назначений, линкомицин и амоксициллин – по 10,8%, ампициллин и цефалексин – по 9,3%, доксициклин и амоксициллин/клавуланат – по 8,5%, оксациллин и цефуроксим аксетил – по 6,2%, ко-тримаксозол и мидекамицин – по 4,7%, цефтриаксон – 3,9%, остальные препараты – 3,9%.

Основным критерием выбора антимикробных препаратов для лечения ГВЗ ЧЛО чаще всего указывались действие на основного возбудителя (43,6%) и хорошая переносимость терапии (30,9%), несколько меньшее значение имели доступность препарата (12,8%) и его стоимость (11,7%).

Отвечая на вопрос о предпочтительном пути введения антибиотиков при лечении пациентов с ГВЗ ЧЛО, 48% респондентов отметили внутримышечный, 47% – пероральный, 5% – внутривенный.

В качестве дополнительной терапии при лечении пациентов 35,2% респондентов отметили антигистаминные препараты, 24% – иммуномодуляторы, 19,5% – витамины, 13% – антимикотические препараты, 8,3% – другие препараты (НПВС, обезболивающие).

Выводы

1. При планировании эмпирической антимикробной терапии пациентов с ГВЗ ЧЛО необходимо знать наиболее часто встречающихся возбудителей и уровень их резистентности к антибактериальным препаратам.

2. Врачи-стоматологи при назначении антибиотиков чаще опираются на собственный практический опыт.

3. Среди возбудителей ГВЗ ЧЛО врачи наиболее часто называют *S. aureus*.

4. Препаратами выбора антибактериальной терапии были линкомицин, метронидазол, ципрофлоксацин и доксициклин, что не соответствует рекомендациям Минздравсоцразвития РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Н.В., Петухова Н.Н. Превентивное применение антибиотиков в терапевтической клинике //Антибиотики и химиотерапия. – 2000. – №9. – С. 20-23.
2. Приказ № 289 от 29.11.2004г. Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным синуситом».
3. Приказ № 126 от 11.02.2005г. Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом».
4. Приказ № 477 от 29.07.2005г. Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным флегмоной».
5. Приказ № 520 от 11.08.05г. Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным остеомиелитом».
6. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Б. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – М., 2002.
7. Яременко А.И. Алгоритмы антимикробной химиотерапии хирургических стоматологических заболеваний: Методические рекомендации. – М., 2001. – 45с.
8. Walton R., Serr M., Peterson D. Антибиотики в стоматологии: благо или зло? //Новости МСРПА. – 2003. – №3. – С. 1-5.
9. Whitten B., Gardiner D., Jeansonne B. Et al. //J. Am. Dent. Assoc. – 1996. – № 127. – P.1333.
10. Mandell G.L., Bennett J.E., Polir R. Principles and Practice of infectious Disease //4th et New York. – 1995. – 2803 p.

УДК 616.716.8-002

СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ковалева Н.С., Забелин А.С., Зузова А.П., Кречикова О.И.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

STRUCTURE OF COMMON MAXILLOFACIAL PYOINFLAMMATORY DISEASES AGENTS IN THE OUT-PATIENT DEPARTMENTS

Kovaloyva N.S., Zabelin A.S., Zuzova A.P., Krechikova O.I.
The Smolensk State Medical Academy

Статья посвящена изучению основных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в амбулаторной практике и чувствительности штаммов *Staphylococcus aureus* к антибиотикам.

The article is devoted to the study of common causative agents of maxillofacial pyoinflammatory diseases in out-patient practice. It also covers the study of *Staphylococcus aureus* strains antibiotic susceptibility.

Хирургическая инфекция челюстно-лицевой области и шеи часто представляет собой осложнение инфекционного процесса полости рта. Инфекцию полости рта, в зависимости от анатомической локализации, подразделяют на одонтогенную – связанную с поражением тканей зуба (кариес, пульпит) – и пародонтальную – включающую периодонт (периодонтит) и десну (гингивит, пародонит), окружающие мягкие и костную ткани.

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.* [2, 3].

Исследования Р.В. Ушакова, В.Н. Царева (2003) показали, 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.*, грамположительными кокками.

Цели исследования

Выявить структуру основных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в амбулаторной практике.

Определить чувствительность штаммов *Staphylococcus aureus* к антибиотикам.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования проводилось определение спектра возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО у взрослых пациентов в амбулаторных условиях и определение их чувствительности к следующим антибиотикам для *S. aureus*: цефокситин, ципрофлоксацин, клиндамицин, эритромицин, гентамицин, оксациллин, тетрациклин, рифампицин, ванкомицин, линезолид.

В исследование включено 30 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет, из них 57% – мужского пола, 43% – женского. Материалом для исследования служило раневое отделяемое. Взятие клинического материала производилось до назначения антибактериальной терапии методом мазков и пункции. Выделение и идентификация микроорганизмов выполнялись в соответствии со стандартными лабораторными методами. Этиологически значимыми считались патогенные микроорганизмы, а также условно-патогенные в высоком титре (III–IV степень бактериальной обсеменности).

Исследование чувствительности проводилось путем определения минимальной подавляющей концентрации (МПК) антибиотиков для каждого микроорганизма методом двойных серийных разведений в агаре Мюллера-Хинтона II (Becton Dickinson, США) в соответствии с методическими указаниями МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам» (2004).

Интерпретация результатов также проводилась в соответствии с методическими указаниями МУК

4.2.1890-04. Для оценки чувствительности к препаратам, отсутствовавшим в данных указаниях, использовали стандарты Национального комитета по клиническим и лабораторным стандартам США (NCCLS, 2004) и Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie (2003). Контроль качества определения чувствительности производили с использованием референтных штаммов *S. aureus* ATCC 29213.

Гнойно-воспалительные заболевания ЧЛО были представлены периоститом челюстей (47%), абсцедирующим фурункулом (23%), абсцессом мягких тканей (20%), одонтогенным остеомиелитом челюстей (10%).

Результаты исследования и их обсуждение

У обследованных больных суммарно был выделен 51 этиологически значимый штамм микроорганизмов, причем у 34% был выделен один штамм, у 66% – ассоциированная флора, преимущественно *Streptococcus spp.*, и анаэробные микроорганизмы (*Prevotella spp.*, *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*).

Аэробные возбудители определяются в 51% наблюдений, анаэробные – в 49%. В 34% случаев этиологически значимым штаммом являлся *Streptococcus spp.*, в 19% – *Staphylococcus spp.*, в 17% – *Prevotella spp.*, в 8% – *Bacteroides spp.*, в 22% – другие анаэробные микроорганизмы (*Peptostreptococcus spp.*, Anaerobic gram positive cocci, Anaerobic gram positive rods).

Для всех выделенных штаммов *Staphylococcus aureus* (19%) проводилось определение спектра чувствительности к антибактериальным препаратам. По результатам тестирования все штаммы

Staphylococcus aureus были чувствительны к оксациллину, ванкомицину, эритромицину, клиндамицину, ципрофлоксацину, цефокситину, гентамицину.

При периоститах челюстей ассоциации микроорганизмов высевались в 79% случаев, моновозбудитель – в 21%. Структура возбудителей была представлена *Streptococcus spp.* – 30%, *Prevotella spp.* – 30%, *Bacteroides spp.* – 18%, другие анаэробы – 22%.

При абсцедирующих фурункулах в 100% случаев наблюдений высевался *Staphylococcus aureus*.

Структура возбудителей при абсцессах мягких тканей была представлена *Streptococcus spp.* – 45%, *Staphylococcus aureus* – 20%, *Prevotella spp.* – 10%, другие анаэробы – 25%.

При одонтогенном остеомиелите челюстей чаще высевались *Streptococcus spp.* – 45%, *Staphylococcus aureus* – 20%, другие анаэробы – 25%.

Выводы

1. Преобладающими возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО в амбулаторных условиях являются анаэробные микроорганизмы (47%), *Streptococcus spp.* (34%), *Staphylococcus spp.* (19%).

2. У 34% пациентов выделен один этиологически значимый штамм микроорганизмов, у 66% – ассоциированная флора.

3. По результатам тестирования все штаммы *Staphylococcus aureus* были чувствительны к наиболее широко используемым антибактериальным препаратам (оксациллину, ванкомицину, эритромицину, клиндамицину, ципрофлоксацину, цефокситину, гентамицину).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ушаков Р.В., Царев В.Н. Комплексный подход к антимикробной терапии в лечении одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области //Российский стоматологический журнал. – 2003. – №6. – С. 40 – 44.
2. Тарасенко С.В., Агапов В.С., Царев В.Н. Современные принципы антибиотикотерапии острой одонтогенной инфекции //Образование, наука и практика в стоматологии: Тезисы докладов 2 Всероссийской научно-практической конференции. – СПб.: Человек, 2005. – С. 195 – 196.
3. Bauermeister C.-D. Mikrobiologische Diagnostik parodontaler infektionen //ZMK. – 2003. – 1-2: 12.

УДК 616.314-085

ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБОВ В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПОЛОСТИ РТА К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

Ковальков В.К., Ковалькова Н.Ф., Ломовских Н.А., Массарский И.Г., Троицкая В.Н.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;

МЛПУ «Стоматологическая поликлиника № 2»;

Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника

REMOVAL OF THE TOOTH PULP IN THE SPECIAL SYSTEM OF ORAL CAVITY PREPARATION FOR TOOTH REPLACEMENT

Kovalkov V.K., Kovalkova N.F., Massarski I.G., Troitskaya V.N.

The Smolensk State Medical Academy;

The Smolensk Stomatological Out-Patient Department № 2;

The Smolensk District Stomatological Out-Patient Department

С целью выяснения мнения врачей-стоматологов о депульпировании зубов перед протезированием проведено анонимное анкетирование 77 врачей-стоматологов Смоленска и области, а также 57 студентов V курса стоматологического факультета Смоленской государственной медицинской академии. Проанализировано 34 направления на депульпирование зубов в рамках специальной подготовки к протезированию. Исследование показало, что большинство врачей-стоматологов г. Смоленска и области правильно ориентируются в показаниях к депульпированию зубов перед протезированием, при назначении зубов на депульпирование в плане подготовки к протезированию следует подходить более обоснованно, учитывая клиническую картину, возраст и здоровье пациента.

To reveal dentists' opinion on removal of tooth pulp anonymous questionnaire of 77 stomatologists from Smolensk and Smolensk region and also 57 fifth-year students of the Stomatological Department of the Smolensk State Medical Academy was carried out. 34 appointment cards to tooth pulp removal in case of special preparation for tooth replacement were analyzed. The research revealed that the most part of stomatologists of Smolensk and Smolensk region are correctly directed in tooth pulp removal indication before tooth replacement. In appointment to pulp removal in case of preparation for tooth replacement clinical findings, age and state of patient's health should be taken into consideration.

Подготовка полости рта к протезированию является важнейшей составляющей ортопедического лечения. Большинство стоматологов выделяют два вида подготовки: общую и специальную. Под первой понимается санация полости рта. Второй вид подготовки к протезированию, то есть специальную, назначает врач-ортопед с учетом клинической картины и планируемой конструкции протеза.

Одним из видов специальной подготовки полости рта к протезированию является депульпирование зубов, которое, по мнению многих авторов, должно проводиться по строгим показаниям (Каламкаров Х.А., 1996; Абакаров С.И., 2004; Симановская О.Е., Мокшин К.А., 2008 и др.). В.М. Семенюк с соавт. (2008) считают, что депульпированию подлежат зубы, имеющие аномальную форму, широкую полость, низкую клиническую коронку, значительное разрушение твердых тканей, а также наклоненные и выдвинутые зубы.

Вместе с внедрением в широкую практику литых коронок, в том числе металлокерамических, распро-

странилось ошибочное мнение об обязательности «поголовного» депульпирования зубов под эти конструкции. Ряд клиницистов пытаются объяснить это необходимостью сошлифовывания значительного слоя твердых тканей опорных зубов. Однако исследования ряда авторов показали, что депульпирование зубов ведет к снижению их прочности и уменьшению устойчивости к жевательной нагрузке (Костиков Е.П., 2004; Прохоров В.А., 2001; Семенюк В.М., 2001).

С целью выяснения мнения стоматологов Смоленска и области проведено анонимное анкетирование 77 врачей. В анкете было предложено ответить на несколько вопросов. Основным из них был вопрос об обязательности депульпирования зубов при изготовлении литых и комбинированных (металлопласт-массовых и металлокерамических) коронок на литой основе.

За обязательное депульпирование высказались 39% врачей, против – 61%. Анализ анкет не показал существенной разницы в отношении к депульпиро-

ванию зубов врачей муниципальных и частных клиник. В то же время имеется существенная разница между мнением молодых врачей, со стажем работы до 15 лет, и врачей со стажем работы более 20 лет (53 и 30% соответственно). С приобретением опыта наблюдается более щадящее отношение к зубам. Отмечается разное мнение у врачей различной специализации. Так, 70% детских стоматологов высказались за обязательное депульпирование зубов под металлокерамические коронки. Половина стоматологов-терапевтов также считают депульпирование обязательной манипуляцией. В то же время только 21% ортопедов-стоматологов поддерживают это мнение.

Врачам было также предложено высказать свое мнение о показаниях к депульпированию зубов в рамках специальной подготовки полости рта к протезированию. При этом преобладали следующие показания:

- феномен Попова – Годона;
- широкая полость зуба;
- патология пародонта;
- патологическая стираемость;
- аномалии зубов;
- протезирование комбинированными (металлокерамическими и металлопластмассовыми) коронками;
- стойкая гиперестезия после препарирования зубов.

Параллельно с анкетированием врачей проведен опрос 57 студентов V курса стоматологического факультета. Из них 29 респондентов планируют работать терапевтами-стоматологами, 9 – хирургами, 8 – ортопедами, и лишь 3 студента видят себя детскими стоматологами. 35% студентов считают депульпирование обязательной манипуляцией перед изготовлением металлокерамических коронок.

Нами проанализировано 34 направления на депульпирование зубов, в соответствии с которыми было депульпировано 98 зубов. Обращает на себя внимание отсутствие бланков направлений даже в пределах одного лечебного учреждения. В списке направленных на депульпирование преобладали пациенты старше 50 лет. Число депульпированных зубов было различным – от 1 до 12 зубов у одного больного. Среди диагнозов наблюдались: пародонтит (29,6%), феномен Попова – Годона (22,5%), патологическая стираемость (4,1%), клиновидный дефект (1%) и в 42,8% направлений совершенно отсутствовало какое-либо обоснование депульпирования зубов.

Таким образом, наше исследование показало, что большинство врачей-стоматологов г. Смоленска и области правильно ориентируются в показаниях к депульпированию зубов перед протезированием, однако при назначении зубов на депульпирование в плане подготовки к протезированию следует подходить более обоснованно, учитывая клиническую картину, возраст и здоровье пациента.

УДК 616.316-036-071-089

ВОЗМОЖНОСТИ СИАЛЭНДСКОПИИ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИАЛАДЕНИТОВ

Коротких Н.Г., Морозов А.Н.

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

POSSIBILITIES OF LARGE SALIVARY GLANDS SIALENDOSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SIALADENITIS

Korotkih N.G., Morozov A.N.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Существующие на сегодняшний момент трудности диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний больших слюнных желез далеки от решения. В доступной литературе опубликовано большое число исследований, посвященных стандартизации способов лечения, разработке и внедрению новых методик диагностики. Но, несмотря на это,

сиаладениты остаются весьма часто встречающейся патологией, и большого прогресса в улучшении результатов лечения не наблюдается [1, 4].

Диагностические исследования больших слюнных желез, даже при использовании «золотого диагностического стандарта», включающего контрастную сиалографию, УЗИ и КТ, не дают точного определе-

ния диагноза, что в конечном итоге ставит под сомнение результаты лечения [3].

С этиопатогенетической точки зрения сиаладенит рассматривают наиболее часто как заболевание, основой которого является обструкция просвета выводных протоков. При этом причины обтурации протока могут быть самыми разнообразными: сиалолитиаз, реактивная обструкция протоков, стенозы и стриктуры различного генеза, пристеночные полипы, слизистые бляшки [2, 6, 8].

Нарушение оттока слюны из железы и, как следствие, внутриацинарная задержка секрета приводит к активации ферментативных реакций в железе, что в итоге обуславливает развитие воспаления.

В связи с этим своевременная коррекция возникающих нарушений в системе протоков и их профилактика могут служить вариантами повышения эффективности терапии сиаладенитов.

В последнее время перспективное развитие получила малоинвазивная эндоскопическая хирургия в челюстно-лицевой области [5, 7]. Сиалэндоскопия больших слюнных желез, проводимая микроэндоскопами, является процедурой, которая позволяет визуализировать внежелезистую порцию выводного протока слюнной железы. Кроме того, в зону обследования входит и большинство областей внутрижелезистой протоковой системы, вплоть до протоков 2–3, а в некоторых случаях и 4–5 порядков. Наличие второго рабочего канала в тубусе эндоскопа позволяет одновременно с диагностической ревизией системы протоков провести необходимые лечебные манипуляции (бужирование, баллонную пластику, внутрипротоковое очаговое лазерное воздействие, полное удаление или фрагментацию конкрементов или инородных тел и т. д.).

Материал и методы исследования

Материалом настоящей работы являются результаты обследования и лечения 227 больных с различными формами хронических сиаладенитов, находившихся на лечении в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВГМА им. Н.Н. Бурденко в период с 2000 по 2008 год.

Кроме стандартной клинично-лабораторной схемы обследования всем больным проводилась рентгеновская диагностика, включающая обзорную рентгенографию, контрастную сиалографию, компьютерную сиалотомографию, магнитно-резонансную томографию, динамическую дигитальную субтракционную сиалографию.

В соответствии с задачами исследования были сформированы основная и контрольная группы пациентов. Сиалэндоскопия больших слюнных желез была проведена 38 пациентам, которые составили основную группу. Для оценки результатов лечения была сформирована контрольная группа, включающая 163 человека. При лечении больных основной и

контрольной групп использовалась одинаковая медикаментозная терапия по стандартной схеме, соответствующая действующим в настоящее время стандартам оказания помощи больным с хроническими сиаладенитами.

Для проведения сиалэндоскопии помимо стандартного видеоэндоскопического оборудования были использованы 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 включало набор дилататоров устья протока, внутрипротоковые зонды, набор эндощипцов для удаления и разрушения конкрементов, биопсийные щипцы, баллонные дилататоры, корзинчатые проволочные захваты для конкрементов.

В процессе процедуры сиалэндоскопии проводилась ирригация протока, что позволяло расширять его и добавлять дополнительную степень свободы в движениях инструментов.

Все манипуляции проводились под местной проводниковой и инфильтрационной анестезией 2%-ным раствором ксилокаина. В процессе процедуры использовалась дополнительная внутрипротоковая анестезия. Процедура проведения сиалэндоскопии занимала, как правило, от 30 до 60 минут.

Результаты исследования и их обсуждение

На этапе диагностического обследования пациентов контрольной группы верификация причины обструкции протока была безуспешной в 63 случаях. Рентгенограммы слюнных желез и их протоков в боковых проекциях в ряде случаев были малоинформативны, поскольку даже если конкремент оказывался рентгенопозитивным, то попадал в тень костной ткани нижней челюсти. Известно, что конкременты, локализованные в околоушных слюнных железах, содержат большое количество рентгенонегативных органических веществ. Очевидно, именно поэтому рентгенография околоушных желез была неэффективна в диагностике калькулезного сиаладенита. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография были эффективны в контрольной группе в случаях, когда конкремент попадал в плоскость среза. При малом диаметре конкремента (менее 5 мм) его обнаружение усложнялось. Контрастная сиалография (в том числе субтракционная) в большинстве случаев идентифицировала внутрипротоковую преграду, но не давала никакой точной информации о её качественном составе.

Проведённое сиалэндоскопическое исследование у всех пациентов основной группы выявило различные виды патологических изменений стенок протока при различных формах хронического сиаладенита. Для оценки получаемого изображения были разработаны диагностические критерии, включающие цвет стенки протока, её эластичность, наличие инъекций

сосудов в стенке протока, наличие патологических включений в просвете протока (конкременты, слизистые пробки, бляшки, полипы), наличие стеноза.

Эндоскопическое исследование системы протоков позволило точно установить причину обструкции во всех случаях. Были обнаружены фиксированные в протоке и подвижные (мигрирующие) конкременты, фиксированные эластичные бляшки, обтурирующие от 1/3 до 3/4 просвета протока, слизистые пробки в протоках второго и третьего порядков.

Эндоскопическая картина при паренхиматозном паротите характеризовалась наличием неравномерно расширенных участков протоков 3–4 порядков. Как правило, эктазы находились сразу после устьев указанных протоков. Вместе с этим у данной категории больных нами были обнаружены пристеночные слизистые бляшки на внутренней поверхности протока. У большинства пациентов этой группы определялись слизистые пробки в протоках второго и третьего порядков. При этом пробки могли обтурировать просвет протока частично или блокировать его полностью. Цвет стенки протока, как правило, был светло-розовый с участками бледно-розового и белесоватого цвета.

У больных с хроническим интерстициальным паротитом система протоков характеризовалась отеком и пастозностью стенки. Отдельные протоки второго и третьего порядков были резко сужены и труднопроходимы тубусом эндоскопа. Для ревизии указанных протоков требовалось дополнительное гидрорасширение просвета за счет увеличения давления в системе ирригации. У семи лиц этой группы устья протоков были окружены фиброзными кольцами. Они были классифицированы как стенозы в области бифуркаций второго и третьего порядков. В просвете протоков патологических образований и включений, как правило, не обнаруживалось. Окраска внутренней поверхности чаще всего была равномерной, бледно-желтой или серовато-розовой.

Основным и наиболее часто встречающимся признаком, обнаруженным нами при сиалодохите, были инъекции сосудов в стенках главного протока, а также протоков 1–3 порядков. Сосудистый рисунок был выражен неравномерно, то есть участки стенки протока с выраженной сосудистой сеткой чередовались с анемичными фрагментами. Помимо этого, на всех уровнях отмечалась гиперемия различных участков протоков, чередующаяся с участками ишемии и склеротически измененными фрагментами. В околоушных железах троих пациентов этой группы определялись стенозы в протоках второго и третьего порядков. В просветах протоков различного порядка обнаруживались патологические включения в виде хлопьевидных образований неправильной формы. Эти образования легко эвакуировались из просвета протока с током жидкости. Цвет стенки протока варьировал от

ярко-розового до бордового с гладкой блестящей поверхностью, местами напоминающей перламутр.

Сиалэндоскопия при сиалолитиазе имела специфические особенности. В четырех случаях при сиалэндоскопии околоушной железы были обнаружены конкременты, которые находились в протоках первого или второго порядка. На основании эндоскопической картины расположение конкрементов в протоках подразделялось на фиксированное и свободное. Положение конкремента определялось размерами и качественной характеристикой его поверхности.

После определения положения и размеров конкремента в протоке использовался один из способов его удаления: удаление конкремента единым блоком при помощи проволочного корзинчатого захвата или щипцов, разрушение конкремента на фрагменты с их последующим удалением, а при безуспешных первых двух способах – рассечение протока над конкрементом и удаление последнего под контролем эндоскопа. Место положения конкремента определяли по очагу свечения рабочего конца сиалэндоскопа на слизистой оболочке в подъязычной области через толщу мягких тканей дна полости рта.

Методом выбора всегда являлось удаление конкремента одномоментно, единым блоком. При этом выведение конкремента из просвета протока требовало дополнительного расширения устья стеноза протока путем его рассечения. Если эта процедура завершалась неудачей, то проводилось разрушение конкремента на более мелкие фрагменты, которые затем удалялись. После завершения экстракции проводилась контрольная сиалэндоскопическая ревизия системы протоков для предупреждения возможной обструкции оставшимися фрагментами.

При проведении двенадцати сиалэндоскопий околоушных слюнных желез нами были обнаружены стриктуры протоков второго и третьего порядков, которые были разбуживаны при помощи операционного тубуса и щипцов. Сиалэндоскопическое лечение стенозов и стриктур различной этиологии при локализации патологического процесса в главном выводном протоке слюнной железы проводилось набором бужей. При локализации стеноза в протоках более высокого порядка использовались биопсийные щипцы или стандартный баллонный катетер.

В ряде случаев после проведенной сиалэндоскопии у пациентов с паренхиматозным паротитом и сиалодохитом отмечались изменения 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.

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 три месяца после проведенной сиаэндоскопии показал отсутствие каких-либо воспалительных явлений в железе. Пассаж слюны был адекватным, а сама слюна визуально без патологических примесей.

Заключение

Эндоскопическое исследование больших слюнных желез является малоинвазивной, простой и высокоин-

формативной процедурой в диагностике и лечении хронических воспалительных заболеваний больших слюнных желез. При этом немаловажно, что каждой форме хронического паротита соответствует своя, специфическая эндоскопическая картина. Благодаря этому, непосредственная визуальная оценка системы протоков позволяет с высокой степенью точности установить форму сиааденита. Вместе с тем возможность одномоментного проведения хирургического вмешательства на системе протоков делает сиаэндоскопию методом выбора в диагностике и лечении хронической воспалительной патологии больших слюнных желез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Harrison JD, Epivatianos A, Bhatia SN. Role of microliths in the etiology of chronic submandibular sialadenitis: a clinicopathological investigation of 154 cases. *Histopathology*. 1997; 31: 237-51.
2. MacGurk M, Escudier MP, Brown JE. Modern management of salivary calculi. *Br J Surg*. 2005; 92: 107-12.
3. Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Barki G, Disant F, Lehmann W. Specificity of parotid sialendoscopy. *Laryngoscope*. 2001;111:264-271.
4. Marchal F, Kurt AM, Lehmann W. Retrograde theory in sialolithiasis formation: role of an anatomical sphincter. *Otolaryngol, Head and Neck Surg*. 2001;15:11-13.
5. Nahlieli O, Baruchin AM. Sialoendoscopy: three years experience as a diagnostic and treatment modality. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 1997; 55: 912-20.
6. Nahlieli O. Minimal invasive techniques for treatment of salivary gland inflammatory diseases. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 2002; 62, 106-7
7. Nahlieli O., Baruchin AM. : Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 57(12):1394-401; discussion 1401-2, 1999
8. Ouellette AL, Slack CL. Shrapnel-induced sialolith – a rare etiology for sialadenitis: case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003; 61, 636-7.

УДК 611. 317-018.25-07

ТОЛУИДИНРЕАКТИВНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПО ДАННЫМ ХЕЙЛОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Коротких Н.Г., Петров А.В., Диденко И.Ю.

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

TOLUIDINREACTIVITY OF THE MUCOSA OF THE LOWER LIP WITH USE OF CHEILOSCOPIC METHODS

Korotkich N.G., Petrov A.V., Didenko I.Y.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

В настоящее время в клинической практике при проведении хейлоскопических исследований для оценки структурно-функционального состояния слизистой оболочки рта при некоторых патологических состояниях различной этиологии применяется то-

луидиновая проба [1]. Однако нормативные данные о возрастных особенностях толуидинреактивности слизистой оболочки различных отделов полости рта в доступной литературе отсутствуют. Имеются лишь единичные сообщения, касающиеся толуидинреак-

тивности слизистой оболочки нижней губы у лиц пожилого возраста.

Настоящее исследование является продолжением проводившегося на протяжении последних четырёх лет прижизненного изучения макро-микроскопической морфологии слизистой оболочки нижней губы с использованием хейлоскопических методов [2]. Ранее мы сообщали об особенностях васкуляризации и йодреактивности слизистой оболочки нижней губы у лиц юношеского возраста.

Целью данной работы явилось прижизненное изучение толудиинреактивности слизистой оболочки нижней губы у людей юношеского, зрелого и пожилого возраста.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования служили результаты обследования 89 добровольцев в возрасте 16–74 лет. Среди них мужчин было 42, женщин – 47. У всех обследованных патологические изменения слизистой оболочки полости рта отсутствовали.

Изучение толудиинреактивности слизистой оболочки нижней губы проводилось с использованием видоизмененной нами толудиновой пробы, при которой на слизистую оболочку апплицировали в течение 3 мин 1%-ный раствор толудинового голубого на физиологическом растворе. Характер и интенсивность толудиновой пробы выявляли макро-микроскопически на цветных панорамных фотохейлограммах при стандартных условиях макросъемки и фотопечати с учетом топографической анатомии нижней губы. Степень толудиинреактивности оценивали по цветоделенной шкале толудииннегативности и толудиинпозитивности. Относительная площадь участков слизистой оболочки, обладающих различной толудиинреактивностью, определялась в процентах стереометрическим методом. Количественный анализ проводился с использованием методов дескриптивной статистики. Результаты исследования толудиинреактивности сопоставлялись с данными, которые были получены нами ранее, при прижизненном изучении васкуляризации и йодреактивности слизистой оболочки нижней губы.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении толудиновой пробы у обследуемых лиц наблюдалось отсутствие окрашивания или окрашивание слизистой оболочки в цвет красителя различной интенсивности: отсутствие окрашивания (толудииннегативность), очень слабое (I степень толудиинпозитивности), слабое (II степень толудиинпозитивности), умеренное (III степень толудиинпозитивности) и интенсивное (IV степень толудиинпозитивности) окрашивание.

Окрашивание слизистой оболочки губы отличалось неравномерностью. Толудииннегативность отмечалась в области устьев протоков губных слюнных желез и в области рубцовых изменений. Участки I–III степени толудиинпозитивности характеризовались

различными размерами, неправильной геометрической формой и неравномерным распределением.

По соотношению площадей с толудиинпозитивностью I–III степени нами впервые выделены три морфологических варианта слизистой оболочки нижней губы: с повышенной, умеренной и пониженной толудиинпозитивностью. Наиболее часто (40,0%) встречался вариант с умеренной толудиинпозитивностью. Другие варианты имели место значительно реже: у 30,0% обследованных – каждый. Как правило, участки слизистой оболочки с толудиинпозитивностью I и II степени совпадали с полями бессосудистых и малососудистых зон и йодпозитивностью I и II степени. В то же время участки III степени толудиинпозитивности обнаруживались в слизистой оболочке с умеренной и высокой концентрацией сосочковых кровеносных сосудов и с позитивностью III степени в верхней трети губы и подсосочковых сосудов в ее нижней трети. Установлено, что наиболее высокая толудиинпозитивность наблюдалась в слизистой оболочке верхней трети губы при всех вариантах толудиинпозитивности. Толудиинпозитивность IV степени в виде интенсивного окрашивания отдельных участков слизистой оболочки в синий цвет отмечалась у некоторых обследуемых в очагах воспаления в верхней трети (табл. 1).

Таблица 1. Площади толудиинреактивности слизистой оболочки нижней губы ($M \pm m$, мм²)

№ пп.	Степени толудиинреактивности	Уровни слизистой оболочки нижней губы		
		верхняя треть	средняя треть	нижняя треть
1.	I	5,18±	9,97±	19,40±
		1,58***	1,98*	2,97*
2.	II	66,83±	67,30±	67,30±
		5,22***	5,40***	5,40***
3.	III	84,71±	44,21±	60,66±
		7,97**	5,06***	5,90**
4.	IV	36,79±	3,83±	5,96±
		7,72***	2,14***	2,14***

Примечание. Звездочками обозначена степень вероятности различий: * – $p < 0,05$; *** – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$.

Заключение

Предполагается, что механизмы различной толудиинреактивности слизистой оболочки нижней губы связаны с особенностями ее гистологического строения и характером прижизненного взаимодействия красителя с эпителиальными клетками, находящимися в различном морфофункциональном состоянии.

Не исключено, что неравномерность окрашивания I–III степени зависит от толщины эпителия, которая определяется степенью его стратификации. Чем больше высота эпителия, тем интенсивнее окрашиваются соответствующие участки слизистой оболочки. Следует отметить, что высота эпителия коррелирует

с концентрацией сосочковых сосудов и, следовательно, степени развития сосочкового слоя собственной пластинки слизистой оболочки. Толуидинпозитивность IV степени соответствует очагам альтеративного повреждения слизистой оболочки.

Особенности толуидинреактивности слизистой оболочки нижней губы необходимо учитывать в клинике при обследовании пациентов с целью предотвращения диагностических ошибок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Системная стереометрия в изучении патологического процесса /Г.Г. Автандилов, Н.И. Яблучанский, В.Г. Губенко. – М.: Медицина, 1981. – 192 с.
2. Подольская Э.Э. Лечение постлучевого хейлита с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения: Автореф. дисс. к.м.н. – Воронеж., 2000. – 32 с.

УДК 616.716.4-001.5-08(681.3)

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Коротких Н.Г., Степанов И.В., Станислав И.Н., Ларина О.Е.
ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

APPLICATION OF MODERN COMPUTER TECHNOLOGIES AND MATERIALS IN TREATMENT OF THE LOW JAW BONE FRACTURES

Korotkih N.G., Stepanov I.V., Stanislav I.N., Larina O.E.
The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Рассмотрены варианты 3D-визуализации переломов нижней челюсти с учетом морфометрических параметров. Результаты позволяют достоверно оценить стояние и степень смещения отломков. Предложенная программа дает возможность рассчитать необходимый набор инструментов для проведения остеосинтеза нижней челюсти в предоперационном периоде. Последнее уменьшает время проведения операции, улучшает ее качество. Использование конструкций из наноструктурного титана позволяет на ранних этапах переходить к активной иммобилизации отломков нижней челюсти и способствует качественной остеорегенерации.

Ключевые слова: перелом, нижняя челюсть, остеосинтез, наноструктурный титан, 3D-моделирование.

Variants of 3D-visualisation of the low jaw bone fractures taking into consideration morphometrical parameters are described. Results allow to estimate standing and displacement degree of fragments. The offered program gives the chance to calculate necessary tooling for carrying out of an osteosynthesis of the low jaw in the preoperative period. The latter reduces the time of operation, improves its quality. Use of constructions from nanostructural titan at early stages allows to pass to the active fragments immobilization of the low jaw fractured particles and promotes qualitative osteoregeneration.

Key words: fracture, low jaw, osteosynthesis, nanostructural titan, 3D-visualisation.

Развитие человеческого общества неминуемо ведет к росту травматических повреждений у населения. Повреждения челюстных костей занимают до 15% в структуре общей травмы. При этом более чем в 75% случаев травмируется нижняя челюсть. Это связано с ее анатомическим расположением и функциональными особенностями. При травме нижней челюсти происходит смещение отломков кости. Причем

смещение отломков зависит не только от силы травмирующего фактора и вектора приложения силы, но и от силы сокращения и направления тяги прикрепленных к отломкам мышц. Поэтому актуальным является надежное закрепление отломков с соблюдением анатомической формы кости и учетом биомеханики костно-мышечного аппарата нижней челюсти [3, 4].

К проблемам, требующим решения или совершенствования, относится определение показаний к тому или иному методу лечения переломов ветви нижней челюсти у каждого конкретного больного в зависимости от целого ряда особенностей полученного повреждения и возникших анатомо-функциональных нарушений. Существующие два основных вида лечения таких переломов – ортопедический и хирургический – применяются как изолированно, так и в различных комбинациях. Однако ортопедические методы лечения далеко не всегда позволяют достичь правильного сопоставления и сращения отломков, а это, в свою очередь, ведет к изменениям анатомической формы кости нижней челюсти и стойкому нарушению прикуса, которые в дальнейшем могут негативно влиять на функцию поврежденной челюсти. При хирургическом лечении переломов нижней челюсти со смещением отломков используют приемы остеосинтеза с помощью различных скрепителей [3, 4].

Целью нашей работы явилось создание 3D-модели нижней челюсти с прикрепленными мышцами для оптимизации выбора конструкции по скреплению отломков при различных переломах нижней челюсти.

Материалы и методы исследования

На кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВГМА им. Н.Н. Бурденко разработана компьютерная программа по 3D-моделированию переломов нижней челюсти [2]. Данная программа разработана на основе программного кода бельгийского аналога SimPlant, в свою очередь, он переработан нашими специалистами. В результате была создана программа для моделирования переломов нижней челюсти [1]. Программа позволяет создать 3D-модель нижней челюсти с учетом индивидуальных параметров пострадавшего. Для этого проводится измерение нижней челюсти по следующим параметрам:

- измерение длины челюсти от наиболее выступающей точки подбородка до углов нижней челюсти справа и слева;
- определяется расстояние между углами нижней челюсти и точками в области основания нижней челюсти на уровне клыков;
- длина ветви нижней челюсти от угла нижней челюсти до центра суставной головки с двух сторон;
- расстояние от центра подбородка до центров суставных головок с двух сторон.

Данные параметры вводятся в программу, и на основании этого создается 3D-модель нижней челюсти. Модель позволяет видеть челюсть не только в костном режиме, но и в окружении мышц, прикрепляющихся к ней.

На основании клинических и рентгенологических данных проводится 3D-моделирование перелома нижней челюсти. С учетом индивидуальных морфо-

метрических параметров программа позволяет рассчитать степень и направление смещения отломков с учетом вектора и силы тяги прикрепленных к челюсти мышц. 3D-визуализация позволяет четко и всесторонне изучить персональные особенности перелома челюсти и выбрать наилучший план лечения перелома.

Фиксацию отломков при переломе нижней челюсти осуществляют с учетом всех вышеизложенных факторов, стараясь оптимально подобрать метод фиксации и конкретное фиксирующее устройство или конструкцию.

Для оперативного лечения нами использовались мини-пластины из наноструктурированного титана, произведенные фирмой «Центр наноструктурных материалов и нанотехнологий» (г. Белгород). Оперативный доступ определялся с учетом проведенного 3D-моделирования, основываясь на локализации перелома и факторов, влияющих на смещение отломков.

Результаты исследования и их обсуждение

Особенностью созданной программы является оптимизация выбора фиксирующей металлоконструкции. Для этого внесены данные о вариантах форм, длине металлоконструкций и размерах фиксирующих винтов. После воссоздания 3D-модели перелома нижней челюсти приступают к выбору фиксирующей пластины количеству и размеру шурупов.

Применение наноструктурного титана показало удобство его практического применения, так как наряду с высокими прочностными характеристиками последний обладает хорошими эластическими свойствами, что позволяет моделировать конструкцию применительно к конкретному виду перелома. Применение конструкций из наноструктурного титана обусловлено минимальной реакцией окружающих тканей. Это позволяет конструкциям длительно функционировать в организме не отторгаясь, при этом обеспечивается стабильная регенерация клеток и создается надежная фиксация с тканями организма за счет образования и роста тканей в порах имплантата.

В послеоперационном периоде, в случае надежной фиксации отломков, дополнительной иммобилизации не проводилось, что позволило улучшить качество жизни больных за счет хорошей гигиены полости рта, адекватной артикуляции и достаточного питания.

Выводы

Применение 3D-визуализации переломов нижней челюсти с учетом морфометрических параметров позволяет достоверно оценить состояние и степень смещения отломков. Предложенная программа позволяет в предоперационном периоде рассчитать необходимый набор инструментов для проведения остеосинтеза нижней челюсти, что, в свою очередь, уменьшает время проведения операции, улучшает качество ее проведения за счет индивидуального подбора металлоконструкции и оптимизирует мате-

риальные расходы. Использование конструкций из наноструктурного титана позволяет на ранних этапах переходить к активной иммобилизации отломков нижней челюсти и способствует качественной остеорегенерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рабухина Н.А., Голубева Г.И., Перфилов С.А. Методика спиральной компьютерной томографии при заболеваниях челюстно-лицевой области //ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий». – М., 2008.
2. Смирнов А.Г. Компьютерное моделирование в стоматологии //Институт Стоматологии. – 2006. – № 1(30).
3. Шаргородский А.Г., Стефанцов Н.М. Повреждения мягких тканей и костей лица. – М.: ВУНМЦ. – 2000. – 239с.
4. Швырков М.Б., Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюсти (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1999. – 335с.

УДК 616.314-089+617.52

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА ПРИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛИЦА

Коротких Н.Г., Тобоев Г.В.

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

THE MORPHOLOGICAL EXAMINATION OF INFLAMMATORY INFILTRATE IN ACUTE ODONTOGENIC PYO-INFLAMMATORY DISEASES OF THE FACE

Korotkich N.G., Toboev G.V.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

В статье приведены результаты морфологического исследования мягких тканей стенки, окружающего гнойно-воспалительный очаг, при абсцессах и флегмонах лица у 76 больных. Показано, что применение метода диагностической медицинской пloidометрии позволяет спрогнозировать характер течения острого воспалительного процесса челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: абсцессы, флегмоны, фибробласты, пloidометрия.

This article presents the results of morphological examination of soft tissues of the wall surrounding pyo-inflammatory source in abscesses and phlegmons of face of 76 patients. It has been shown that the application of diagnostic medical ploidymetric method permits to prognose the character of the course of acute inflammatory process of maxillofacial region.

Key words: abscess, phlegmon, fibroblast, ploidymetry.

Одной из важнейших проблем хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии являются острые одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей лица, ввиду того что удельный вес этой патологии составляет 20–60% среди всех воспалительных процессов челюстно-лицевой области [2].

Несмотря на многолетнюю историю изучения патогенеза данной группы заболеваний, имеется еще много нерешенных вопросов, что зачастую приводит к значительным трудностям в их диагностике и терапии [3].

Целью настоящей работы явилось изучение морфологических параметров воспалительного ин-

фильтрата стенки гнойно-некротического очага мягких тканей лица и возможности их использования в диагностике и прогнозе заболевания.

Материалы и методы исследования

Обследовано 76 пациентов с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (30 абсцессов и 46 флегмон) в возрасте от 21 до 59 лет. Материал для исследования получали при вскрытии гнойного очага путем иссечения участка мягких тканей со стенки гнойно-воспалительного очага. В исследовании использовали окраску по Фейльгену на ДНК [1] и гематоксилином и эозином. Получали данные о площади оптического сечения ядер, их интегральной яркости, включающей сумму яркости всех пикселей, приходящих на ядро, и плоидности исследуемых ядер клеток, а также соотношение числа нейтрофилов и фибробластов и количество фигур митоза. Для морфометрической обработки материала использовали световой микроскоп «Zeiss AxioStar» и аппаратно-программный комплекс обработки и анализа цитологических и гистологических изображений «ИМАДЖЕР-БИОМЕД 2».

Результаты исследования и их обсуждение

При неосложненном течении воспалительного процесса в мягких тканях (20 абсцессов и 15 флегмон), окружающих гнойно-некротический очаг, уровень пролиферативной активности клеток-фибробластов,

ответственных за ограничение воспаления выше, чем при затяжном их течении.

В случаях типичного течения острого гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях средняя плоидность ядер составляла $2,98 \pm 0,04$. Сочетание увеличенного числа фигур митоза с меньшим по продолжительности пребыванием в стационаре больных этой группы указывало на повышенную регенераторную активность мягких тканей вокруг гнойно-воспалительного очага на дооперационном этапе течения заболевания. На наш взгляд, этот факт можно расценивать как благоприятный фактор при прогнозировании течения заболевания.

При пролонгированном течении гнойно-воспалительного заболевания (10 абсцессов и 31 флегмона) средняя плоидность ядер фибробластов составляет $2,67 \pm 0,07$. Этот показатель свидетельствует о низкой степени пролиферативной активности клеток, а также косвенно может свидетельствовать о снижении белкосинтетической функции. Это явление можно объяснить наличием большого количества апоптозных телец у этих пациентов.

Таким образом, полученные данные могут быть использованы в дифференциальной диагностике и прогнозировании течения острого воспалительного процесса в околочелюстных мягких тканях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автондилов Г.Г. Диагностическая медицинская плоидометрия. – М. «Медицина», 2006. – 192с.
2. Губин М. А., Свиридова Л.Л., Шевченко Л.В. Статистическая, клинико-лабораторная характеристика осложнений острой одонтогенной инфекции //VIII Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 2003. – С. 55.
3. Шаргородский А.Г. Профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи и их осложнений в стоматологических поликлиниках //Тр. VII Всероссийского съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 126–128.

УДК 616.724

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ СТАДИЙ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Костина И.Н.

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

CONSERVATIVE TREATMENT EFFICIENCY OF INITIAL STAGES OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT OSTEOARTHRISIS

Kostina I.N.

The Ural State Medical Academy

Лечение остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава комплексное и направлено на снижение прогрессирования заболевания. Традиционная консервативная терапия ранних стадий ОА ВНЧС дает хороший результат лечения у больных в возрасте 30–49 лет при давности заболевания до 5 лет, лёгкой степени тяжести, отсутствии осложнений.

Ключевые слова: остеоартроз, височно-нижнечелюстной сустав, консервативное лечение.

Complex treatment of temporomandibular joint osteoarthritis is aimed on the reduction of the disease progress. Traditional conservative treatment of the temporomandibular joint osteoarthritis on initial stage yields good results in patients at the age of 30 to 40 years with disease progress more than 5 years, at early stage, with absence of complications.

Key words: osteoarthritis, temporomandibular joint, conservative treatment.

Остеоартроз (ОА) – хроническое прогрессирующее невоспалительное заболевание суставов неизвестной этиологии, характеризующееся дегенерацией суставного хряща и структурными изменениями субхондральной кости, а также явно или скрыто протекающим умеренно выраженным синовитом [8].

Важными механизмами патогенеза заболевания считают: 1) нарушение обмена хондроцитов и матрикса суставного хряща из-за потери протеогликанов; 2) подавление синтеза коллагена и протеогликанов хондроцитами из-за увеличения продукции цитокинов, протеолитических ферментов; 3) появление микропереломов трабекул, внутримедуллярной гипертензии в субхондральной области вследствие чрезмерного давления.

Лечение ОА височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) должно быть комплексным и направлено на снижение прогрессирования заболевания. Комплексное лечение ОА объединяет патогенетические и симптоматические аспекты.

Задачи лечения больных ОА: снижение нагрузки на сустав, устранение/уменьшение боли, синовита, улучшение функции сустава, стимуляция/активация метаболических процессов в хрящевой и костной ткани, нормализация внутрикостного и регионарного кровотока, улучшение качества жизни пациента [5, 6].

Цель исследования – изучить эффективность консервативной терапии ранних стадий ОА ВНЧС.

Материал и методы исследования

Проведено обследование и лечение 20 больных с I–II стадией ОА ВНЧС. Пациенты получали консервативное лечение с использованием традиционных средств. Среди больных преобладали женщины (92,5%) в возрасте от 20 до 70 лет. Средний возраст пациентов составил $46,8 \pm 1,45$ года. Длительность заболевания ОА ВНЧС составляла от 1 года до 20 лет; у большинства больных (52,5%) была до 5 лет. Средняя продолжительность заболевания составила $7,3 \pm 0,88$ года.

Лечение пациентов было комплексным и включало назначение НПВП (диклофенак, ортофен, ксефокам и др.), хондропротекторов (румалон, алфлутоп, структум), витаминов группы В, сосудорасширяющих препаратов (никотиновая кислота, никошпан), внутрисуставного введения кеналого или дипроспана однократно при наличии вторичного синовита, физиотерапевтического лечения (магнитотерапия, ДДТ, ультразвук, фонофорез с гидрокортизоном), массажа мышц воротниковой зоны, миогимнастики. Курс лечения составлял 21–25 дней.

По окончании курса традиционной терапии при достижении состояния относительной компенсации ОА ВНЧС пациенты с вторичной частичной по-

терей зубов направлялись на лечение к ортопедо-стоматологу.

Осмотр больных проводили по окончании курса терапии и через 1 год от начала лечения. При этом у пациентов оценивали характер боли в ВНЧС в покое и при функции, наличие боли при пальпации ВНЧС, диапазон открывания рта, наличие суставных звуков, симптомов синовита и внутренних нарушений (ВН).

Для оценки боли в ВНЧС использовалась вербальная рейтинговая шкала, в которой отсутствие боли соответствовало 0 баллов, слабая боль – 1 баллу, дискомфорт – 2 баллам, умеренная боль – 3 баллам, сильная боль – 4 баллам.

Оценка эффективности лечения проводилась на основании комплекса критериев: хороший результат – восстановление функции ВНЧС, отсутствие боли, суставного шума; удовлетворительный результат – улучшение функции ВНЧС, слабая непостоянная боль при движениях нижней челюсти, непостоянные суставные шумы; незначительная положительная динамика указанных симптомов или её отсутствие оценивались как неудовлетворительный результат.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета программ «Statistica» for Windows 6.1. Вариационные ряды, составленные из числовых значений клинических, рентгенологических и других показателей, подвергались статистической обработке [3]. Для качественных (номинальных) признаков различия частот проверялись с помощью критериев χ^2 и Фишера, Манна – Уитни. Для количественных признаков рассчитывались средние величины и их стандартные ошибки ($M \pm m$). Достоверными считались отличия, для которых уровень значимости был ниже 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

На начало лечения ОА ВНЧС у 60% пациентов была легкая тяжесть заболевания, в 25% случаев выявлен вторичный синовит ВНЧС и в 15% случаев – ВН. Динамическое наблюдение пациентов позволило оценить клинические симптомы ОА ВНЧС и эффективность назначенной терапии.

Боль в покое перед началом лечения у больных ОА ВНЧС была равна $3,7 \pm 0,39$ балла; по окончании курса лечения уменьшилась по сравнению с исходной величиной и составила $2 \pm 0,10$ балла ($p = 0,086$). Через год от начала лечения боль в покое у больных отсутствовала.

Боль при функции ВНЧС по окончании лечения составила $1,5 \pm 0,10$ балла, что меньше, чем исходная величина ($2,5 \pm 0,32$ балла). Через 1 год от начала лечения боль при функции ВНЧС составила $1 \pm 0,05$ балла ($p < 0,001$).

Ночная боль в ВНЧС до начала лечения была равна в среднем $3 \pm 0,30$ балла и в последующем у больных не отмечалась ($p = 0,067$).

Боль при пальпации суставов до лечения и после лечения изменилась в сторону уменьшения. Через

год от начала лечения обнаружено только $5 \pm 4,87\%$ болезненных суставов ($p = 0,178$).

Объём движений в ВНЧС у 70% больных по окончании лечения восстановился полностью, у 30% больных остался ограниченным. Величина максимального открывания рта (МОР) после лечения (в среднем $38,8 \pm 0,74$ мм) изменилась в сторону увеличения в сравнении с МОР до лечения (в среднем $33,9 \pm 1,67$ мм) ($p < 0,001$). Через 1 год от начала лечения МОР составило $40,3 \pm 0,86$ мм ($p < 0,001$).

Суставной шум в ВНЧС до лечения отмечен в $55 \pm 11,12\%$ случаев, после лечения – в $30 \pm 10,24\%$ случаев. Через один год от начала лечения суставной шум был обнаружен также в $30 \pm 10,24\%$ случаев ($p = 0,663$).

Вторичный синовит до начала лечения определялся у $25 \pm 3,74\%$ больных ОА ВНЧС. В процессе лечения и наблюдения признаки синовита сохранились у $5 \pm 4,87\%$ больных ($p = 0,475$). Через 1 год от начала лечения признаков рецидива синовита мы не наблюдали.

У больных ОА было отмечено наличие ВН (смещение диска) в $15 \pm 7,98\%$ случаев. В последующем ВН были отмечены в $10 \pm 6,70\%$ случаев после окончания лечения и в $5 \pm 4,87\%$ случаев через 1 год от начала лечения ($p = 0,789$), что проявлялось у части больных сохранением суставного шума и ограничением открывания рта.

Динамическое наблюдение показывает статистически достоверные изменения боли в ВНЧС при функции ($p < 0,001$) в сторону её уменьшения или исчезновения, увеличение МОР ($p < 0,001$) у больных ОА ВНЧС. Достоверно значимых изменений боли в покое и ночью в ВНЧС у больных в динамике не выявлено ($p > 0,05$), также это относится и к осложнениям ОА ВНЧС (синовит, ВН).

Из 20 больных ОА ВНЧС после проведения традиционной консервативной терапии хорошие результаты лечения получены в $60 \pm 7,40\%$ случаев, удовлетворительные результаты – в $30 \pm 7,06\%$ случаев, неудовлетворительные результаты – в $10 \pm 3,44\%$ случаев.

В зависимости от возраста больных ОА ВНЧС можно отметить, что хороший результат лечения преобладал у больных 40–49 лет. Наибольшее количество больных (35%) с хорошим результатом лечения имели давность ОА ВНЧС от 1 года до 5 лет. Хороший результат лечения преобладал только при лёгкой степени тяжести (40%) ОА ВНЧС.

Неудовлетворительный результат лечения был обусловлен наличием у больных ОА ВНЧС вторичного синовита (5% пациентов) и ВН (10% пациентов).

Учёт особенностей патогенеза, клинических форм, степени тяжести, наличия или отсутствия осложнений у больных ОА ВНЧС позволил назначить комплексное консервативное лечение.

У многих клиницистов не вызывает сомнений комплексный подход к лечению ОА ВНЧС [2, 4, 7]. Однако некоторые специалисты продолжают пропагандировать различные ортопедические способы лечения в качестве основного патогенетического метода лечения ОА ВНЧС [2, 4].

Лечение ОА ВНЧС нельзя ограничить или сосредоточить только на устранении окклюзионных предрасполагающих факторов. Необходимо также улучшить функцию сустава, стимулировать метаболические процессы в хрящевой и костной ткани, нормализовать внутрисуставный и регионарный кровоток, устранить боль [5, 6].

На начальном этапе лечения ОА, когда боль в суставах бывает невыраженной и «чисто механического характера», врачи стран Западной Европы рекомендуют использовать парацетомол, в США – ацетоминофен (тайленол) [8], тогда как отечественные клиницисты к первому ряду анальгетических средств лечения ОА относят НПВП [5].

С патогенетической точки зрения (высокая частота синовита, роль воспаления в прогрессировании болезни) назначение НПВП в начале заболевания представляется оправданным.

Применение глюкокортикоидов пролонгированного действия (метипред, кенолог, дипроспан и др.) позволяет существенно повысить эффективность и безопасность лечения [1].

Хондропротекторы обладают выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов

при ОА, им присуще также ингибирование действия протеолитических ферментов, усиление метаболизма протеогликанов [5]. Лечение этими препаратами позволяет приостановить прогрессирование ОА, снизить количество применяемых НПВП, улучшить качество жизни [5].

Способствуют улучшению метаболизма хряща при I–II стадии ОА экстракт алоэ, АТФ, витамины группы В, никотиновая кислота [6], но специальных контролируемых исследований по изучению их эффективности при ОА не имеется.

Различные физические методы лечения могут быть использованы в лечении больных ОА. Целесообразно сочетать физиотерапию с миогимнастикой, массажем, лечебной гимнастикой, способствующими укреплению мышц, связочного аппарата и улучшающими функцию суставов [5].

В то же время для получения хорошего результата лечения ОА ВНЧС при использовании консервативных методов лечения необходимо учитывать возраст больного, длительность, степень тяжести, стадию заболевания, наличие или отсутствие осложнений. Традиционная консервативная терапия, проводимая на ранних стадиях ОА ВНЧС, позволяет стабилизировать дистрофические изменения в суставе.

Таким образом, хороший результат лечения преобладал у больных в возрасте 30–49 лет при давности заболевания до 5 лет, лёгкой степени тяжести ОА ВНЧС, отсутствии осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Ковалев В.Ю. Локальная терапия глюкокортикоидами //Рус. мед. журн. – 1999. – Т.7. – № 8. – С. 385-391.
2. Петросов Ю.А., Калпакьянц О.Ю., Сеферян Н.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. – Краснодар, 1996. – 352 с.
3. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях – М., 2001. – 256 с.
4. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: Рук. – Н.Новгород, 1996. – 276 с.
5. Цветкова Е.С. Остеоартроз: Метод. рекомендации. – М; 1997.
6. Цурко В.В., Хитров Н.А. Остеоартроз: патогенез, клиника, лечение //Лечащий врач. – 2000. – № 9. – С. 30-38.
7. Boering G., Stegenga G., de Bont L. Temporomandibular joints osteoarthritis and internal derangement. Part I: Clinical course and initial treatment //Int. Dent. J. – 1990. – Vol.40. – № 6. – P. 339-346.
8. Caremer P., Hochberg M. Osteoarthritis //Lancet. – 1997. – Vol. 350. – P. 503-508.

УДК 617.52-003.293-08

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Кузьмина Е.В., Сотникова М.В.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

RESULTS OF PATIENTS WITH KELOID OF MAXILLOFACIAL REGION AND NECK TREATMENT

Kuzmina E.V., Sotnikova M.V.

The Smolensk State Medical Academy

Нами проведена сравнительная оценка различных методов лечения пациентов с келоидными рубцами челюстно-лицевой области и шеи. Наилучший результат получен при использовании комплексной терапии, которая включала хирургическое лечение с введением триамцинолона ацетата в область рубца.

Ключевые слова: келоидный рубец, комплексное лечение, триамцинолона ацетат.

We performed comparative estimation of different methods of patients with keloid maxillofacial area and neck treatment. The best result was got in application of complex therapy which included surgical treatment and introduction of triamcinolone acetate in scar region.

Key words: keloid scar, complex treatment, triamcinolone acetate.

В связи с широким увлечением молодежи пирсингом (от англ. *piercing* – прокол) в последнее время увеличилось количество пациентов с келоидными рубцами [3].

Келоидный рубец представляет собой разрастание фиброзной ткани, которая развивается после заживления поврежденной кожи, простирается за границы первоначальной раны и имеет тенденцию к увеличению и рецидивированию. Формирование келоида наблюдается при несоответствии между анаболическими и катаболическими процессами, когда производится большее количество коллагена, чем деградирует, и он распространяется во всех направлениях [4].

До настоящего времени не существует единой точки зрения по поводу лечения келоидов. С этой целью различные авторы предлагают применять окклюзионные повязки, компрессионную терапию, введение кортикостероидов в зону поражения, криохирургию, иссечение, лучевую терапию, лазерную терапию, лечение интерфероном [1, 2, 5].

Цель нашего исследования – сравнить различные методы лечения келоидных рубцов челюстно-лицевой области и шеи.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 34 больных (мужчин – 3, женщин – 31) в возрасте от 12 до 30 лет, причем большинство из них (88,2%) составили пациенты от 18 до 22 лет.

Больным проводилось клиническое и патогистологическое обследование. Пациенты были разделе-

ны на 3 группы. В первой группе (8 человек) лечение осуществлялось путем трехкратного введения в область келоидного рубца триамцинолона ацетата по 10 мг с интервалом 1 месяц. Триамцинолона ацетат (ТА) – наиболее часто используемый кортикостероид, который уменьшает рубцевание посредством уменьшения синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов. Для уменьшения дискомфорта от введения ТА в область рубца мы разводили его раствором лидокаина в соотношении 1:1. Препарат вводили внутридермально, скос иглы направляли вертикально вниз для более эффективного распространения в зоне рубца.

Второй группе больных (7 человек) проводилось иссечение рубца скальпелем с применением атравматичного шовного материала VICRYL 5-0.

Третья группа (19 человек) получала комплексное лечение: иссечение келоида скальпелем с использованием того же шовного материала, что и во второй группе, и последующим трехкратным введением в область послеоперационного рубца ТА по 10 мг 1 раз в месяц.

Повторные осмотры пациентов осуществляли ежедневно в течение первой недели после начала лечения, затем – раз в месяц. Длительность наблюдения всех больных составила 2 года.

Результаты исследования и их обсуждение

Все больные предъявляли жалобы на косметический дефект и деформацию лица. У 11 пациентов (32%) были боли в области рубца зудящего характера.

Во всех случаях образованию келоида способствовало травматическое повреждение кожи: у 13 больных (38%) – в результате неоперационной травмы, у 4 пациентов (12%) – в результате хирургического вмешательства, у 17 (50%) – в результате пирсинга.

Рост келоида начинался через 1–2 месяца после травмы, продолжался незаметно. Чаще всего у 17 пациентов (50%) рубцы локализовались в области мочки уха (15 пациентов) и ушной раковины (2 пациента), реже в щечной области – 7 больных (20,6%), верхней губы – 6 (17,6%), крыла носа – 2 (5,9%), шеи – 2 (5,9%).

При визуальном исследовании келоидные рубцы имели округлую, овальную или продолговатую форму с четкими краями. Их цвет варьировал от бледно-розового до синюшно-красного. При пальпации келоиды имели плотную консистенцию. У 11 больных (32%) пальпация рубцов была болезненна.

При патоморфологическом исследовании операционного материала пациентов 2-й и 3-й группы были выявлены толстые плотные пучки эозинофильно окрашенного гиалинизированного коллагена концентрического строения, истончение сосочков дермы. Морфологическую основу келоида составляла избыточно растущая незрелая соединительная ткань с большим количеством атипичных гигантских фибробластов и малым количеством капилляров.

У всех пациентов первой группы после введения ТА наблюдалось купирование болей и остановка роста келоида. У 4 больных келоидный рубец уменьшался в размерах, становился более мягким и плоским. Однако полного исчезновения келоида не наблюдалось ни у одного из больных этой группы. У двух пациентов после проведенного лечения определялась гипопигментация рубца и атрофия кожи в зоне воздействия. 6 пациентов были не удовлетворены косметическим и эстетическим результатом

лечения, что в дальнейшем потребовало применения других методов терапии.

У всех больных 2-й группы послеоперационный период протекал без осложнений. Швы были сняты через 6 дней после хирургического вмешательства, рубец не возвышался над поверхностью кожи, имел мягкую консистенцию и бледно-розовый цвет. Через 1–2 месяца у трех больных и через 1 год у одного больного наблюдался рецидив заболевания – появление келоидного рубца больших размеров, чем предыдущий.

В 3-й группе больных ранний послеоперационный период и его результат не отличался от такового во 2-й группе. После введения ТА все пациенты этой группы жалоб не предъявляли, побочных эффектов не наблюдалось. Определялся небольшой отек в области послеоперационного рубца, который купировался через 2–3 дня после инъекции. В срок наблюдения до 2 лет рецидива заболевания в этой группе больных не отмечалось. Хороший косметический результат получен у 16 человек (84,2%). У трех пациентов (15,8%) имелась гипопигментация и атрофия кожи в зоне воздействия.

Выводы

1. Чаще келоидные рубцы возникают у женщин молодого возраста в результате пирсинга мочки уха.
2. Важным моментом является ранняя диагностика келоидов. Чем раньше они диагностируются и начинается их лечение, тем лучше косметический результат и больше вероятность выздоровления.
3. Независимо от применяемой терапии диспансерное наблюдение за пациентами с келоидными рубцами должно составлять не менее двух лет для исключения рецидива.
4. Лечение всех келоидных рубцов должно быть комплексным. При использовании отдельных видов терапии рецидив заболевания составляет от 50 до 100%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Санакоева Э.Г. Низкотемпературные методы лечения потэруптивных келоидных и гипертрофических рубцов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2008. – 22 с.
2. Стенько А.Г. Организационно-методические принципы лечения больных с рубцовыми поражениями кожи в области лица и шеи): Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., 2009. – 46 с.
3. Lane J.E., Waller J.L., Davis L.S. Relationship between age of ear piercing and keloid formation //Pediatrics. – Vol. 115. – №. 5. – May 2005. – P. 1312-1314.
4. Slemper A., Kirschner R. Keloids and scars: a review of keloids and scars, their pathogenesis, risk factors, and management //Curr. Opin. Pediatr. – 2006. – № 18. – P. 396-402.
5. Studdiford J., Stonehouse A., Altshuler M., Rinzler E. The management of keloids: hands-on versus hands-off //The Journal of the American Board of Family Medicine. – 2008. – Vol. 2. – № 21. – P. 149-152.

УДК 616.314-002-053.2+615.47

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ЛАЗЕРНОЙ ФЛУОРОМЕТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 6–7 ЛЕТ

Кузьминская О.Ю., Николаев А.И., Степанова Т.С., Доценко А.В.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

EXPERIENCE OF LASER FLUOMETRY APPLICATION IN DIAGNOSING CARIES OF PERMANENT TEETH IN 6–7 YEARS OLD CHILDREN

Kuzminskaya O.Y., Nikolaev A.I., Stepanova T.S., Dotsenko A.V.
The Smolensk State Medical Academy

Кариес зубов является основным стоматологическим заболеванием детского населения. При планировании профилактических и лечебных манипуляций для стоматолога важно достоверно оценить состояние твердых тканей в области фиссур зубов. Применение лазерной флуометрии, являющейся неинвазивным методом исследования, способствует повышению эффективности оценки состояния твердых тканей в области фиссур постоянных зубов у детей.

Ключевые слова: кариес; дети; лазерная флуорометрия; фиссуры; диагностика.

Caries is the main dental children's disease. While planning preventive and curative measures it is of primary importance to evaluate the hard tissue state at the teeth fissures area. Laser fluometry application that is non-invasive method of examination contributes the increase of assessment efficacy of the hard tissue state at the teeth fissures area.

Key words: caries; children; laser fluorometry; fissures; diagnostics.

Кариес зубов является основным стоматологическим заболеванием детского населения [1, 3]. По данным эпидемиологического обследования [4], распространенность кариеса постоянных зубов у детей 6 лет по г. Смоленску и Смоленской области составляет 6%, а у детей 12 лет – 92%.

При планировании профилактических и лечебных манипуляций для стоматолога очень важно достоверно оценить состояние твердых тканей в области фиссур зубов.

Особую сложность представляет диагностика кариеса при наличии глубоких, закрытых фиссур. При проведении визуально-тактильных методов нет четких критериев оценки, позволяющих сделать однозначный вывод о результатах обследования [6]. Кроме того [8], зондирование с целью диагностики и поиска очагов начального кариеса может привести к травме и дефектам в гипоминерализованных или деминерализованных областях жевательной поверхности и создать условия для проникновения микроорганизмов в неинфицированные фиссуры, тем самым способствуя возникновению или прогрессированию кариеса. Это диктует необходимость использования дополнительных методов оценки состояния твердых тканей зубов в области фиссур и естественных углублений.

По данным [5], частота выявления кариеса при использовании острого стоматологического зонда состав-

ляет 56–58%, при панорамной рентгенографии – 67%, стекловолоконной трансиллюминации фронтальных зубов – 70%, боковых зубов – 30%, метода измерения электропроводности тканей зуба – 83%, лазерной флуорометрии – 90%.

По данным зарубежных исследователей [7], принимающих за «золотой стандарт» диагностики кариеса гистологическое исследование, чувствительность визуально-тактильного обследования окклюзионной поверхности без полости в эмали составляет 12%, чувствительность обследования с использованием зондирования окклюзионной поверхности без полости в дентине – 14%, чувствительность лазерно-флуоресцентного метода (Diagnodent) при обследовании окклюзионной поверхности без полости в дентине (повреждена только эмаль) – 87%.

Приведенные данные отражают информативность различных методов оценки состояния твердых тканей зубов у взрослых, однако, по данным [2], возникновение начальных форм кариеса фиссур в 99% начинается на первом году созревания эмали, что делает актуальным оптимизацию методов оценки состояния фиссур постоянных зубов у детей 6–7 лет.

Цель исследования – повышение эффективности профилактики и лечения кариеса фиссур постоянных зубов у детей 6–7 лет путем оптимизации методики оценки состояния твердых тканей.

Материал и методы исследования

Нами проведено обследование 14 детей в возрасте 6 лет, 23 детей в возрасте 7 лет, проживающих в г. Смоленске. Обследование включало определение гигиенических индексов ОНI-S, PHP, оценку состояния твердых тканей временных и постоянных зубов, состояния десны, наличия аномалий и деформаций зубных рядов, наличия вредных привычек. Для оценки состояния твердых тканей зубов использовались осмотр, зондирование. При исследовании 112 постоянных моляров (34 зуба у 6-летних, 78 зубов у 7-летних) применялся также лазерный флуоресцентный анализ с помощью аппарата «Diagnodent pen» (KaVo). Перед использованием «Diagnodent pen» осуществлялась профессиональная чистка зубов PROPHYflex (KaVo) и порошка PROPHYpearls (KaVo). На основании результатов обследования формировался предварительный (осмотр, зондирование) и окончательный (KaVo Diagnodent pen) диагноз и планировались дальнейшие лечебно-профилактические мероприятия (инвазивная и неинвазивная герметизация фиссур).

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам проведенного исследования у трех детей 6 лет и двух детей 7 лет первые постоянные моляры не прорезались. Распространенность кариеса первых постоянных моляров у 6-летних детей, по результатам предварительной диагностики, составляет 27%, по результатам окончательной диагностики с использованием «Diagnodent pen» (KaVo) – 45%. Интенсивность кариеса постоянных зубов у детей 6 лет составляет 0,7 и 1,4 соответственно. Распространенность кариеса первых постоянных моляров у 7-летних детей, по результатам предварительной диагностики, состав-

ляет 28%, по результатам окончательной диагностики – 57%. Интенсивность кариеса постоянных зубов у детей 7 лет – 0,6 и 1,6 соответственно (табл. 1).

Таблица 1. Распространенность (Р) и интенсивность (И) кариеса постоянных зубов у детей 6 и 7 лет

Возраст	Р (предварит. оценка)	Р (окончат. оценка)	И (предварит. оценка)	И (окончат. оценка)
6 лет	27%	45%	0,7	1,4
7 лет	28%	57%	0,6	1,6

Данные статистически достоверны.

В 87 зубах (27 зубов у 6-летних детей и 60 зубов у 7-летних) предварительная оценка состояния твердых тканей подтверждена прибором «Diagnodent» (KaVo). В фиссурах 25 зубов (7 и 18 зубов соответственно), которые по результатам предварительной оценки считались интактными, лазерно-флуоресцентный анализ выявил активность микроорганизмов, соответствующую кариесу зубов, то есть предварительный диагноз являлся ложноотрицательным.

Вывод

Применение лазерной флуометрии, являющейся неинвазивным методом исследования, способствует повышению эффективности оценки состояния твердых тканей в области фиссур постоянных зубов у детей. Диагностика начальных форм кариеса постоянных моляров в период их прорезывания с использованием «Diagnodent pen» (KaVo) позволяет объективизировать выбор ранних лечебно-профилактических мероприятий у детей 6–7 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А.В. Заболеваемость, нормативы, потребность и пути повышения эффективности стоматологической помощи населению: Автореф. дисс. д-ра мед. наук – М., 1983. – 17с.
2. Кисельникова Л.П. Фиссурный кариес (диагностика, клиника, прогнозирование, профилактика, лечение): Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Омск, 1996. – 41 с.
3. Кузьмина Э.М. Распространенность стоматологических заболеваний среди населения различных регионов России //Проблемы нейростоматологии. – 1998. – №1. – С. 68–69.
4. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М., 2009. – 236 с.
5. Салова А.В., Рехачев В.М. Особенности эстетической реставрации в стоматологии. – СПб., 2003. – С. 112.
6. Allais G. Кариес-диагностика 2.1 //Новое в стоматологии. – 2008. – №2. – С. 1-22.
7. Anusavise KJ. Caries Risk assessment. Operative Dentistry 2001; Supp 6:19-26.
8. Ekstrand K. R., Ricketts DNJ, Kidd EAM Occlusal caries: pathology, diagnosis and logical management //Dent Update. – 2001; 28: 380-7.

УДК 616.31

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «OZONYMED» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Левченкова Н.С., Голева Н.А.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

APPLICATION OF THE «OZONYMED» IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE

Levchenkova N.S., Goleva N.A.

The Smolensk State Medical Academy

В статье приводятся данные, показывающие эффективность применения «OzonyMed» в комплексной терапии лечения заболеваний пародонта.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, комплексное лечение.

The article presents data showing the effectiveness of the «OzonyMed» in the treatment of periodontal disease. Key words: chronic generalized periodontitis, complex treatment.

Лечение заболеваний пародонта до настоящего времени является одной из актуальных проблем. Комплексная терапия высоко зарекомендовала себя как основа успешного лечения данной формы патологии [2, 11, 12, 13]. Весомую роль в их комплексном лечении играет применение физиотерапевтических методов [6, 8] в сочетании с лекарственной терапией. Однако, несмотря на многообразие применяемых методик и лекарственных средств, не всегда удается достичь должного лечебного эффекта.

Цель исследования – повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Материал и методы исследования

Комплексное клиничко-лабораторное обследование и лечение проведено у 67 пациентов в возрасте от 35 до 67 лет. Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) был отмечен у 42 пациентов основной группы (пародонтит средней степени (сс) – у 28, тяжелой (тс) – у 14). Группу сравнения составили 25 пациентов с ХГП без выявленной соматической патологии, в план лечения которых не было включено применение «OzonyMed».

Использовали классификацию болезней пародонта 1983 года. Основными дифференциально-диагностическими критериями ХГП были: возраст, жалобы пациентов, длительность заболевания, деструктивные процессы в тканях пародонта, проводимое ранее лечение, продолжительность ремиссий. В ходе клинического обследования определяли: индекс Green-Vermillion, индекс РМА и пробу Muhlemann, глубину пародонтальных карманов [4], подвижность зубов и электрокинетическую подвижность ядер клеток буккального эпителия (ЭКПЯКБЭ) [7, 14].

У всех пациентов с ХГП исследовались цитограммы-отпечатки со слизистой оболочки рта (СОП) до и после лечения. В мазках оценивались: расположение клеток, развернутая характеристика цитоплазмы и ядер, хроматин, наличие микрофлоры, окраска ядер и цитоплазмы, количество клеток поверхностного и межучочного эпителия, наличие или отсутствие нуклеол.

Для лечения пациентов основной группы с ХГП после обучения правилам гигиены полости рта использовали традиционную терапию (профессиональную гигиену полости рта, устранение факторов, поддерживающих воспаление в тканях пародонта, шинирование подвижных зубов, местную противовоспалительную терапию), сочетая ее с «OzonyMed» [1, 3, 5].

Аппарат «OzonyMed» – генератор озона (концентрация производимого озона – от 10 до 100 мг/мл), лечебный эффект которого обусловлен сочетанным воздействием дарсонвализации и озона на звенья патогенеза. Мы пользовались электродом «под углом» 10, 50° для обработки тканей пародонта. Первоначальная мощность аппарата при лечении хронического пародонтита составляла 3 единицы, время воздействия – 3–5 минут. С каждым последующим посещением мощность и время процедур увеличивали (мощность – до 8 единиц, время – до 10 минут).

Положительная динамика патологического процесса и контроль результатов лечения заболеваний пародонта подтверждались индексными оценками состояния тканей пародонта и ЭКПЯКБЭ.

Результаты исследования и их обсуждение

Благодаря сочетанному воздействию лекарственной терапии и «OzonyMed» сроки лечения ХГП

у лиц основной группы сократились до 4–5 дней по сравнению с 7–10 днями лечения ХГП у пациентов группы сравнения.

Сразу же после первого сеанса «OzonyMed» отмечалось клиническое улучшение состояния пародонта. Эти эффекты, как мы полагаем, достигались дарсонвализацией, при которой происходило расширение сосудов артериального и венозного звена, ускорение микроциркуляции, увеличение доставки питательных веществ, а также активизация обменных процессов в тканях. Эти благоприятные изменения в пародонте обусловлены также бактерицидным и противовирусным (озон разрушал оболочку клеток микроорганизмов, действуя на ДНК и РНК вирусов и бактерий), противогипоксическим, противовоспалительным, обезболивающим, дезинтоксикационным эффектами [9, 10, 15].

При цитологическом исследовании мазков-отпечатков со слизистой оболочки рта у пациентов основной группы с ХГП отмечалось, что эпителиоциты после проведенного лечения располагались пластами, в отличие от таковых у пациентов с ХГП группы сравнения, у которых клетки располагались группами и/или изолированно. Цитоплазма эпителиоцитов СОР у больных основной группы после лечения имела четкие, ровные края, она была нормохромноокрашенная, в то же время в мазках-отпечатках с СОР у пациентов группы сравнения после традиционного лечения края цитоплазмы оставались нечеткими, подвернутыми; преобладала гипер- или гипохромная окраска. Ядра в эпителиоцитах у пациентов основной группы были округлой или овальной формы, расположение их – центральное. В мазках-отпечатках со СОР пациентов группы сравнения ядра располагались эксцентрично, отмечалась вытянутая или дольчатая их форма. После лечения пациентов основной группы в клетках СОР хроматин был нежносетчатый, у пациентов группы сравнения – густой, бугристый, складчатый. После применения «OzonyMed» в мазках со

СОР не обнаруживалась микрофлора, хотя изначально в них определялась кокковая флора и дрожжеподобные грибы.

В результате комплексной терапии больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести (ХГПсс) с применением OzonyMed динамика показателей состояния пародонта значительно отличалась от таковой у лиц групп сравнения (табл. 1). Индекс гигиены снизился с 1,69 до 1,18 балла. У пациентов группы сравнения уменьшение индекса гигиены было незначительным (с 1,75 до 1,62 балла). Индекс РМА снизился с 39,4 до 21,6%, симптом кровоточивости не выявлялся у всех пациентов основной группы после лечения, ЭКПЯКБЭ увеличилась почти в 2 раза (с 47,2 до 71,1%) приблизившись к нижней (75–80%) границе нормы. У лиц группы сравнения индекс РМА снизился до 30,62% по сравнению с исходными значениями (46,13%), кровоточивость по индексу Мюллемана снизилась с 2,06 до 1,73. Процент ЭКПЯКБЭ подвижных клеток увеличился незначительно (с 46,87 до 59,73).

При анализе клинико-лабораторных данных у пациентов основной группы с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени (ХГПтс) отмечалось значительное улучшение значений изученных показателей состояния пародонта по сравнению со значениями у лиц группы сравнения. Индекс гигиены уменьшился с 2,39 до 1,56; у лиц группы сравнения – с 1,97 до 1,62. РМА у лиц основной группы снизился почти в 3 раза: с 61,14 до 23,02%; у пациентов группы сравнения – с 64,03 до 33,8%. Индекс кровоточивости у пациентов основной группы после лечения составил 1,55 по сравнению с исходным значением 1,99; у лиц группы сравнения изначально он составил 2,02, после лечения – 1,69. Необходимо отметить значительное увеличение ЭКПЯКБЭ у пациентов основной группы (до лечения – 26,57%; после – 64,36%) по сравнению с цифровым значением показателей группы сравнения (до лечения – 28,4%; после – 45,15%).

Таблица 1. Индексная оценка состояния тканей пародонта у пациентов с ХГП ($M \pm m$)

Исследуемые показатели	Наблюдаемые группы							
	ХГПсс (иссл. гр.) (n = 28)		ХГПтс (иссл. гр.) (n = 14)		ХГПсс (группа сравнения) (n = 15)		ХГПтс (группа сравнения) (n = 10)	
	до лечения	после OzonyMed	до лечения	после OzonyMed	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Green-Vermillion (ед.)	1,69±0,27	1,18±0,17	2,39±0,34	1,56±0,26	1,75±0,29	1,62±0,23	1,97±0,36	1,62±0,19
P	>0,05		<0,01		>0,05		>0,05	
РМА (%)	39,4±13,9	21,6±5,49	61,14±7,96	23,02±3,54	46,13±9,61	30,62±7,56	64,03±6,59	33,8±5,58
P	>0,05		<0,01		>0,05		>0,05	
Muhlemann (ед.)	1,87±0,19	1,27±0,2	1,99±0,3	1,55±0,24	2,06±0,13	1,73±0,14	2,02±0,18	1,69±0,16
P	<0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
ЭКПЯКБЭ (%)	47,2±8,92	71,1±6,88	26,57±7,04	64,36±5,79	46,87±9,57	59,73±10,81	28,4±8,99	45,1±5,61
P	<0,05		<0,01		>0,05		>0,05	

Заключение

Результаты клинико-лабораторных исследований позволяют считать, что применение озона и контактной дарсонвализации в комплексной терапии за-

болеваний пародонта обеспечивает положительную динамику клинико-лабораторных показателей и купирование воспалительного процесса в более короткие сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В.С., Шулаков В.В., Смирнов С.Н., Фомченков Н.А. Применение медицинского озона в комплексном лечении хронических и вялотекущих гнойных инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области //Клиническая стоматология. – 2000. – № 2. – С. 22-25.
2. Безрукова И.В. Быстропрогрессирующий пародонтит (этиология, клиника, лечение): Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2001. – 40 с.
3. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Использование медицинского озона в стоматологии //Стоматология. – 2001. – № 2. – С. 61-63.
4. Вольф Г.В. Пародонтология /Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак: Пер. с нем.; Под ред. проф. Г.М. Барера. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 548 с.: ил.
5. Дурново Е.А. Обоснование использования озона в комплексном лечении флегмон лица и шеи: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Н.Новгород, 1998. – 27 с.
6. Левкович А.Н., Кармазина И.В. Применение физиотерапии в комплексном лечении хронических периапикальных очагах инфекции //Стоматология. – 1990. – Вып. 25. – С.27-29.
7. Левченкова Н.С. Электрокинетическая подвижность ядер клеток буккального эпителия при генерализованном пародонтите: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Смоленск, 1996. – 19 с.
8. Лукиных Л.М. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии: учеб. пособие /Л.М. Лукиных, О.А. Успенская. – 2-е изд. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2005. – 34 с.
9. Танкибаева Ж.Г. Обоснование озонотерапии в комплексном лечении генерализованного пародонтита: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Алматы, 1998. – 25 с.
10. Сорокина С.Р. Использование озонированных растворов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Тверь 1997. – 21 с.
11. Цепов Л.М. Генерализованный пародонтит: этиология, патогенез, клинические взаимосвязи и комплексная терапия. – Смоленск, 1994. – 149 с.
12. Цепов Л.М. Лечение заболеваний пародонта. – Смоленск: Изд-во СГМА, 1995. – 152 с.
13. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему /Л.М.Цепов – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.
14. Шахбазов В.Г., Колупаева Т.В., Набоков А.Л. Новый метод определения биологического возраста человека //Лаб. дело. – 1986. – №7. – С. 404-407.
15. Dvorak V. Использование озона в стоматологии //Новое в стоматологии. – 2005. – № 5. – С. 82-86.

УДК 616.97:378.661

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ СО СТУДЕНТАМИ НА ЭЛЕКТИВНОМ КУРСЕ

Лозбенев С.Н., Морозов В.Г.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

THE EXPERIENCE OF THE BUSINESS GAME WITH STUDENTS AT ELECTIVE COURSE ACCESS

Lozbenev S.N., Morozov V.G.

The Smolensk State Medical Academy

Опыт проведения деловой игры позволяет заключить, что игровая имитация врачебной деятельности является средством оптимизации обучения современным медицинским технологиям.

Ключевые слова: медицина, обучение, деловая игра.

The experience of the business game, game simulation of medical practice are means of optimizing the teaching of modern medical technologies.

Key words: medicine, training, business game.

В современных условиях всёвозрастающие требования к качествам профессионала нацеливают на формирование личности, характеризующейся творческим типом мышления, инициативой, самостоятельностью в принятии решений [2, 3, 7]. Оптимизация высшего медицинского образования – это приведение системы образования к такому уровню, который может обеспечить каждому учащемуся стабильные максимальные результаты обучения и воспитания, основанные не на передаче готовых знаний, а на создании условий для творческой активности [10, 11]. Это требует новых подходов в обучении.

В качестве средств, реализующих такой подход, все большее признание находят активные методы обучения, в частности ролевые и деловые игры. Их строение отражает логику практической деятельности, и поэтому они являются эффективным средством усвоения знаний и формирования умений и играют большую роль в подготовке медицинских кадров. Принципиально важно подчеркнуть, что клинические игры, в основе которых лежит дифференциальная диагностика, а уже потом лечение, должны обязательно называться по ведущему клиническому синдрому или синдромукомплексу [10].

Для осмысленного применения деловых игр в обучении студентов необходимо выяснить их сущность, понять имеющиеся отличия. Так, в ролевой, и особенно в деловой, игре правила являются лишь исходным моментом, на основе которого строится свободное игровое поведение. Отсюда одним из условий успешного проведения деловой игры как дидактического средства являются высокие требования к исходному уровню знаний обучаемых. Другим

условием является управление игровой ситуацией, что связано с проблемой согласованности понятий «игра» и «управление». Однако они взаимосвязаны, и чем лучше осуществляется управление, тем более выражен игровой компонент. Это обстоятельство предъясняет определённые требования к личности и профессиональной подготовке ведущего деловой игры [1, 2, 9].

Если сравнить ситуацию деловой игры с ситуацией в ролевой игре, то можно увидеть кардинальные отличия. В ролевой игре отсутствует имитационная модель в виде системы игровых правил, т. е. участник игры принимает решения, исходя из собственных знаний. Ролевая игра неэффективна, просто «не идет», перерождается в дискуссию, если участники не знакомы непосредственно с воспроизводимой деятельностью.

Деловая игра – это групповое упражнение по выработке последовательности решений в искусственно созданных условиях, имитирующих реальную производственную обстановку. В деловой игре предоставляется хотя и неполная, но точная информация, что повышает доверие к полученным результатам и стимулирует процесс принятия ответственности в рамках строго определённой инструкции. В ролевой инструкции важно предусмотреть средства, позволяющие оптимизировать процесс идентификации игрока с ролью. При этом следует придерживаться определённого перечня ролей [3, 5, 6, 7, 9].

Таким образом, ролевая дидактическая игра может использоваться как самостоятельный метод обучения и входить в деловую игру как важнейший компонент, направленный на раскрытие творческого потенциала обучаемых.

Все вышесказанное побудило нас избрать в качестве участников деловой игры студентов-выпускников, обучающихся в X семестре на элективном курсе.

Цель исследования – совершенствование подготовки студентов стоматологического факультета к итоговой государственной аттестации и предстоящей практической работе.

Материал и методы исследования

В качестве темы деловой игры мы выбрали раздел «Заболевания пародонта», который, по нашему мнению, достаточно полно представлен в программе обучения как на кафедре терапевтической стоматологии, так и на смежных стоматологических кафедрах и включает отдельные знания, преподаваемые на общеклинических кафедрах. Разработанная нами деловая игра получила название «Клиника, диагностика и лечение хронического генерализованного пародонтита средней тяжести».

В рамках деловой игры были выделены следующие главные роли: роль врача стоматолога-пародонтолога, роль врача стоматолога-рентгенолога, роль пациента. Кроме этого были обозначены роли второго плана: роль эксперта № 1 и роль эксперта № 2. Для каждого из студентов – исполнителей названных ролей были подготовлены конкретные инструкции и проведено собеседование (репетиция), направленное на строгое усвоение исходного уровня знаний и обязательное ведение своей роли в соответствии с ними. Перед исполнителями ролей экспертов № 1 и № 2 была поставлена задача дать максимально позитивную и максимально негативную оценку ведения роли и уровня профессионализма всех участников игрового процесса деловой игры. На эти роли были назначены наиболее подготовленные студенты. Кроме того, были назначены и исполните-

ли ролей в рамках включённой в деловую игру ролевой игры «Консилиум», которая не имела сценария и детальной проработки ролей. В ролевой игре были назначены участники: врач стоматолог-ортопед, врач стоматолог-хирург, врач терапевт-интернист. Кроме того, был назначен эксперт для оценки деятельности участников ролевой игры.

Результаты исследования и их обсуждение

Бесспорным для нас положением, выявленным в процессе подготовки сценария деловой игры, явилось то обстоятельство, что ведущим такого рода комплексной деловой игры мог быть только преподаватель. Достаточно сложной проблемой оказалась задача включения в активную работу наибольшего числа участников элективного занятия, не получивших заданий на этапе подготовки к деловой игре.

В ходе проведения деловой игры «Клиника, диагностика и лечение хронического генерализованного пародонтита средней тяжести» были выработаны навыки у студентов-выпускников в принятии решений, направленных на выяснение этиологии, патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики и особенностей клинического проявления заболевания у конкретного больного. Выработывался комплексный план лечения, и получалось «информированное согласие» на его проведение у больного с хроническим генерализованным пародонтитом средней тяжести.

Заключение

Полученный нами опыт проведения деловой игры позволяет заключить, что игровая имитация врачебной деятельности легкодоступна и целесообразна не только в условиях медицинского вуза, но и в больнице, и поликлинике в качестве средства для оптимизации обучения современным технологиям диагностики и лечения пациентов, повышения качества интеграции врачебной деятельности [1, 2, 4, 8, 9, 10].

ЛИТЕРАТУРА

1. Аппатова Р.С. Учебно-ролевая игра как средство интенсификации обучения групповому общению /Р.С. Аппатова: Автореф. дисс. канд. пед. наук. – М., 1987. – С. 16.
2. Аргустянянц Е.С. Различные подходы к классификации ролевых ситуаций /Е.С. Аргустянянц //Теоретические и экспериментальные исследования в области обучения иноязычной речевой деятельности: сборник трудов Московск. гос. пед. ин-та иностр. языков им. М. Тореза. – М., 1980. – Вып. 180. – С. 3-13.
3. Арстанов М.Ж. Проблемное обучение в учебном процессе вуза /М.Ж. Арстанов, М.Г. Гарунов, Ж.С. Хайдаров. – Алма-Ата: МЕКТЕП, 1979. – С. 79.
4. Артемьева О.А. Активизация познавательной деятельности на основе системы учебно-ролевых игр /О.А. Артемьева //Вестник Тамбовского государственного университета им. Г.Р. Державина. – Тамбов, 1996. – № 3–4. – С. 103-108.
5. Архангельский С.И. Учебный процесс в высшей школе, его закономерные основы и методы /С.И. Архангельский. – М.: Высшая школа, 1980. – С. 366.
6. Бельчиков Я.М. Деловые игры /Я. М. Бельчиков, М.М. Бирштейн. – Рига: Авотс, 1989. – 303 с.
7. Благодарная Т.А. Профессиональная ориентация на уроках английского языка: учебное пособие /Т.А. Благодарная, О.А. Артемьева. – Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 2001. – 147 с.
8. Быков А.К. Методы активного социально-психологического обучения: учебное пособие /А.К. Быков. – М.: Сфера, 2005. – 159 с.

9. Геронимус Ю.В. Игра, модель, экономика /Ю.В. Геронимус. – М.: Знание, 1989. – 207с.
10. Наумов Л.Б. Учебные игры в медицине /Л.Б. Наумов. – Ташкент: Медицина, 1986. – 319 с.
11. Трайнев В. А. Учебные деловые игры в педагогике, экономике, менеджменте, управлении, маркетинге, социологии, психологии: методология и практика проведения: учебное пособие для вузов /В.А. Трайнев. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 303 с.

УДК 616.716.8:617.52-002.3-089

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОНООКСИДА АЗОТА В МАЛОИНВАЗИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Мальцев П.А., Журавлев В.П., Дарвин В.В.

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

APPLICATION OF NITROGEN MONOXIDE IN LESS-INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF MAXILLOFACIAL SOFT TISSUES ABSCESS AND PHLEGMONS

Maltsev P.A., Zhuravlyov V.P., Darvin V.V.

The Ural State Medical Academy

Целью настоящей работы является улучшение ближайших и отдаленных результатов лечения больных с абсцессами и флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области путем сочетания малоинвазивного хирургического вмешательства с использованием монооксида азота. Разработана методика, заключающаяся в проведении вскрытия, санации и дренирования абсцесса или флегмоны челюстно-лицевой области из минидоступа с обработкой гнойной полости плазменным потоком монооксида азота в разных режимах и завершении операции наложением первичных швов. В послеоперационном периоде применяется терапия охлажденным плазменным потоком монооксида азота.

Ключевые слова: монооксид азота, мини-доступ, первичные швы, абсцессы и флегмоны мягких тканей челюстно-лицевой области.

Current work objective is to improve the immediate and long-term results of maxillofacial soft tissues abscesses and phlegmons treatment, combining the minimally invasive surgical procedures with nitrogen monoxide treatment. The developed method involves maxillofacial abscess or phlegmon lancing, sanation and drainage through a small-incision with nitrogen monoxide plasma flux treatment of the wound in different modes, finishing the surgery with primary suture. Chilled nitrogen monoxide plasma flux therapy is used in the postoperative period.

Key words: nitrogen monoxide, small-incision, primary suture, maxillofacial soft tissues abscesses and phlegmons.

Традиционные технологии лечения абсцессов и флегмон не всегда эффективны из-за растущей резистентности микробных штаммов к наиболее распространенным антибиотикам и невозможности адекватной санации очага инфекции. Это обстоятельство у 3–10% больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области приводит к прогрессированию патологического процесса с развитием тяжелых осложнений, таких как гнойный медиастинит, тромбоз кавернозного синуса, сепсис и т. д. [3, 7, 9].

При локализации гнойно-воспалительного процесса в ЧЛО особую актуальность приобретает

проблема послеоперационного косметического дефекта (функциональных нарушений, связанных с ним), которая является основанием для выполнения в последующем пластических операций у 8–15% больных, оперированных традиционным способом. Этот факт побуждает хирургов внедрять в клиническую практику малоинвазивные технологии и полужакрытые хирургические методы лечения абсцессов и флегмон ЧЛО, обеспечивающие формирование минимального по своим характеристикам рубца. Для реализации вышеуказанных технологий необходимы разработка и внедрение в клиническую практику но-

вых, современных методов воздействия на раневую поверхность, которые позволят оптимизировать существующую традиционную методику хирургического лечения абсцессов и флегмон мягких тканей.

К числу таких методов относится использование экзогенного монооксида азота, который нормализует микроциркуляцию, оказывает антибактериальное действие, активизирует антиоксидантную защиту, купирует инфекцию и ослабляет воспаление, активизирует фагоцитарную и секреторную функции макрофагов, пролиферацию эндотелиоцитов и фибробластов, регулирует апоптоз и предотвращает патологическое рубцевание [1, 2, 4, 5, 6, 8]. Таким образом, гнойно-септические заболевания ЧЛО, в связи с широким их распространением, большими материально-техническими затратами на лечение, не всегда удовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами, представляют чрезвычайно важную хирургическую проблему.

Материал и методы исследования

Разработанная технология малоинвазивного хирургического лечения с использованием монооксида азота применена у 98 больных (76 – с абсцессами и 22 – с флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области), составивших основную группу. Контрольную группу составили 100 больных (80 – с абсцессами и 20 – с флегмонами челюстно-лицевой области), лечение которых проводилось традиционными методами.

Основная и контрольная группы сопоставимы по локализации гнойного процесса, половому и возрастному составу, времени от начала заболевания до госпитализации, инициирующим факторам, приведшим к развитию абсцессов и флегмон, сопутствующей патологии, степени тяжести общего состояния.

Принятый нами диагностический алгоритм позволил у больных с абсцессами и флегмонами мягких тканей ЧЛО точно установить локализацию, протяженность патологического процесса и в соответствии с этим выбрать оптимальный доступ и объем операции.

Разработанная методика хирургического лечения

Для реализации методики применяется не имеющий аналогов медицинский воздушно-плазменный аппарат «Плазон», который используется в трех режимах: режиме коагуляции, режиме деструкции и испарения нежизнеспособных тканей, NO-терапии. При этом интраоперационно применяются два первых режима (коагуляция, деструкция), в послеоперационном периоде – третий режим, NO-терапия.

Разработанная методика лечения заключается в следующем: из мини-доступа производится эвакуация гноя и некротических тканей вакуумным электроотсосом, выполняется полноценная ревизия полости. После разведения краев раны крючками под контролем «зрения», с использованием подсветки выполняются тщательная некроэктомия и гемостаз, после чего производится обработка гнойной полости плазменным потоком NO в режиме щадящей коагуляции и испарения нежизнеспособных тканей с заданной концентрацией и временем экспозиции оксида азота в зоне контакта с раной. Затем производится санация раны растворами антисептиков. Следующим этапом производится дренирование раны двумя полихлорвиниловыми (ПХВ) трубочными дренажами диаметром 0,4 см, причем дренажи устанавливаются по типу проточно-промывной системы. Операция заканчивается послойным ушиванием послеоперационной раны отдельными узловыми швами. Начиная с первых 12 часов после операции на перевязках после стандартной санационной обработки послеоперационной зоны и полости абсцесса (флегмоны) через дренажную систему производится ежедневная аэрация патологического очага охлажденным плазменным потоком монооксида азота (NO-терапия). Швы снимаются на 10-е сутки в амбулаторных условиях. Всего за курс лечения выполняется от 13 до 15 сеансов NO-терапии (в зависимости от характера течения раневого процесса). Антибактериальная терапия проведена у 86 (87,7%) больных основной группы и у 100 (100%) больных контрольной группы. 12 (12,2%) больным основной группы антибактериальную терапию не назначали. За период лечения показаний к назначению антибактериальной терапии не было.

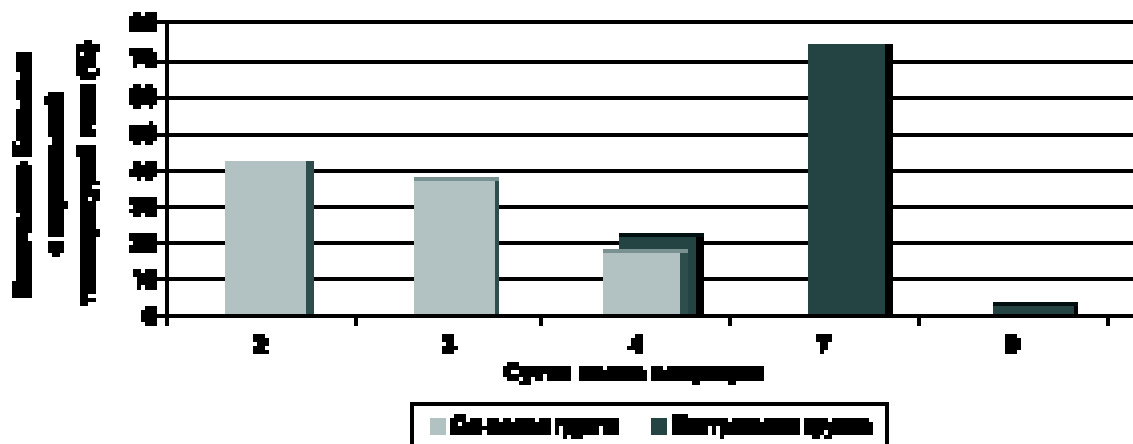
Результаты исследования и их обсуждение

Ближайшие результаты

Для суждения о динамике раневого процесса оценивали сроки исчезновения клинических проявлений воспаления, отторжения некроза, динамику лабораторных параметров, температурной кривой, уменьшения болевого синдрома, микробиологической и цитологической мониторинг.

В основной группе не отмечено гнойного отделяемого по дренажу позже вторых суток, а в контрольной – полное очищение раны от гнойного экссудата и некротических тканей у большинства больных (74, 74%) удалось достичь только к 6–8-м суткам. Сравнительный анализ температурной кривой представлен на диаграмме 1.

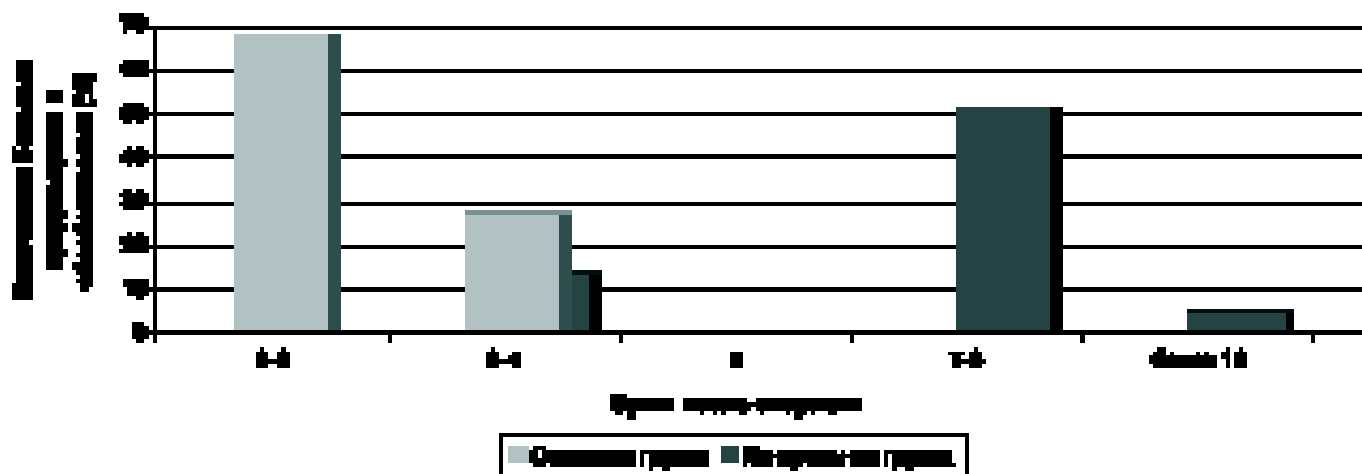
Диаграмма 1



При оценке температурной реакции в послеоперационном периоде в основной группе отмечена нормализация температуры со 2–3-го дня, а в контрольной – с 7-го дня после операции.

Болевой синдром оценивался по необходимости введения для его коррекции ненаркотических анальгетиков. Анализ болевого синдрома представлен на диаграмме 2.

Диаграмма 2



У 68 (70,8%) больных основной группы значительное уменьшение болевого синдрома отмечено со 2–3-го послеоперационного дня, у остальных 28 (29,1%) – с 4-го. У основной массы больных в контрольной группе уменьшение болевого синдрома, не требующее введения обезболивающих средств перед перевязкой, отмечено с 7–8-го дня.

Мониторинг микробиологического исследования позволил установить, что у больных основной группы этиологически незначимое количество патогенной микрофлоры или стерильность в ране достигнуты к $3,5 \pm 0,7$ суткам, у больных контрольной группы – к $8,7 \pm 1,5$ суткам ($p < 0,05$).

Клинико-цитологический и микробиологический анализ позволил установить среднюю длительность первой фазы раневого процесса у больных основной группы – $2,5 \pm 0,2$ дня, в контрольной – $7,9 \pm 0,4$ дня, второй фазы у больных основной группы – $5,0 \pm 0,3$, в контрольной – $8,0 \pm 0,4$ ($p < 0,05$).

Разработанная нами методика лечения больных с абсцессами и флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области с применением монооксида азота позволила:

- существенно ускорить процесс уменьшения микробной обсемененности гнойного очага;
- активизировать очищение и заживление раны;
- сократить течение фаз раневого процесса;
- на 40% сократить средние сроки стационарного лечения;
- снизить травматичность операции и перевязок, сократить расход перевязочного материала.

Отдаленные результаты

Разработанная нами методика лечения абсцессов и флегмон мягких тканей ЧЛО позволяет пациенту в отдаленном периоде избежать повторной операции, относящейся к группе пластических. В сроки от 6 месяцев до 3 лет обследовано 93 (94,8%) больных основной и 94 (94%) – контрольной группы. У боль-

ных из основной группы послеоперационный рубец был чистый, гладкий и не представлял значимого косметического дефекта. В контрольной группе у осмотренных больных послеоперационный рубец был больших размеров, чем в основной группе, более грубый и заметный.

Для оценки отдаленных результатов нами разработана объективная схема, позволяющая разделить их на 4 группы. Оценка отдаленных результатов представлена в таблице 1.

Таблица 1

Результат	Основная группа	Контрольная группа
Отличный	41 (44,0%)	–
Хороший	44 (47,3%)	11 (11,7%)
Удовлетворительный	8 (8,6%)	75 (79,7%)
Неудовлетворительный	–	8 (8,5%)
Всего больных	93	94

Представленная программа лечения позволяет значительно улучшить отдаленные результаты лечения: у 96,6% больных основной группы получен хороший и отличный отдаленный результат, в то время как

в контрольной группе хороший отдаленный результат получен только у 11,7% больных, удовлетворительный – у 79,7% и неудовлетворительный – у 8,5%.

Заключение

Разработанный полужакрытый метод хирургического лечения больных с абсцессами и флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области с применением монооксида азота в сравнении с традиционными методами лечения позволяет: при вскрытии гнойного очага эффективно использовать мини-доступ и заканчивать операцию наложением первичных швов, снизить травматичность операции и перевязок, при этом существенно ускорить процесс уменьшения микробной обсемененности гнойного очага, активизировать очищение и заживление ран, сократить течение фаз раневого процесса, в конечном итоге снизить средние сроки стационарного лечения на 40% и улучшить отдаленные результаты.

Наш опыт применения экзогенного оксида азота в лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области позволяет считать, что данная методика лечения является эффективной, поливалентной, экономически обоснованной и перспективной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванин А. Ф. Оксид азота – универсальный регулятор биологических систем //Биохимия. – 1998. – Т. 63. – С. 22-27.
2. Ванин А. Ф. Оксид азота в биомедицинских исследованиях //Вестник медицинских наук. – 2000. – № 4. – С. 3-6.
3. Патогенетические принципы иммуномодуляции гомеостаза у больных с флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – СПб., 2005.
4. Асташкин Е. И. Влияние на ферментативную активность микросом печени крыс лекарств – доноров оксида азота /Е. И. Асташкин, А.З. Приходько, С.В. Грачев //НО-терапия: теоретические аспекты, клинический опыт и проблемы применения экзогенного оксида азота в медицине: сборник. – М., 2001. – С. 48-50.
5. Апоптотическая гибель клеток и оксид азота: механизмы активации и антагонистические сигнальные пути (обзор) /Брюне Б., Сандау К., фон Кнетен А. //Биохимия. – 1998. – Т.63. – вып.7. – С. 966-976.
6. Использование газового потока, содержащего оксид азота (НО-терапия) в комплексном лечении гнойных ран /Липатов К. В. [и др.] //Хирургия. – 2002. – № 2. – С. 41-43.
7. Проблемы диагностики, лечения и прогнозирования течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области /Александров М.Т., Лабазанов А.А. //Материалы IV всеармейской международной конференции: «интенсивная терапия и профилактика хирургической инфекции». – 2004.
8. Фотодинамическая терапия и экзогенный оксид азота в комплексном лечении гнойных ран мягких тканей /В. А. Дуванский [и др.] //Хирургия. – 2004. – № 10. – С. 59-62.
9. Кузин М. И. Раны и раневая инфекция : рук. для врачей /М.И. Кузин, Б.М. Костюченко. – М., 1990. – 592 с.

УДК 616.31

СГЛАЖИВАНИЕ И ПОЛИРОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТИ КОРНЯ ЗУБА КАК ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ

Михеева Е.А., Нестерова М.М.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

SMOOTHING AND POLISHING TOOTH ROOT AS THE FINAL PHASE OF PROFESSIONAL TOOTH CLEANING

Mikheeva E.A., Nesterova M.M.

The Smolensk State Medical Academy

Высокая распространённость воспалительных заболеваний пародонта вызывает необходимость оптимизации подхода к проведению профессиональной чистки зубов. Важнейшее значение имеет окончательное сглаживание и полирование поверхности корня зуба. Рациональный выбор инструментов позволяет уменьшить скорость образования зубного камня и снизить риск реинфицирования тканей пародонта.

Ключевые слова: пародонт, профессиональная гигиена рта.

The high prevalence of inflammatory periodontal diseases leads to need to optimize the approach to the professional tooth cleaning. The final smoothing and polishing of teeth root surface is of great importance. Rational choice of tools can reduce the rate of «dental» stone and the risk of periodontal tissues reinfection.

Key words: periodont, professional oral hygiene.

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта, сложность и длительность их лечения обуславливают высокую потребность в разработке адекватных схем проведения отдельных этапов лечебно-профилактической помощи данному контингенту населения.

Значительное место в структуре стоматологической заболеваемости принадлежит хроническим воспалительным заболеваниям пародонта – хроническому катаральному гингивиту и хроническому генерализованному пародонтиту. Первопричиной возникновения этих заболеваний и важным патогенетическим фактором, способствующим прогрессированию патологического процесса, считаются назубные отложения, которые образуются вследствие недостаточной гигиены полости рта, анатомических особенностей зубочелюстной системы, изменения качественного и количественного состава микрофлоры, снижения защитных факторов ротовой жидкости и организма в целом.

Важнейшим компонентом профилактики и лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта является профессиональная гигиена полости рта. *Профессиональная гигиена полости рта* – научно обоснованный регулярный комплекс мероприятий, проводимых специалистом-стоматологом (гигиенистом), направленный на профилактику и лечение кариеса, заболеваний пародонта и других видов стоматологической патологии, включающий выявление,

оценку и устранение факторов риска развития стоматологических заболеваний; контролируемую индивидуальную гигиену полости рта; профессиональную чистку зубов; местное применение лекарственных и гигиенических препаратов, повышающих степень минерализации эмали зубов, уменьшающих скорость образования назубных отложений, нормализующих состав и свойства ротовой жидкости [4].

Профессиональная чистка зубов – лечебно-профилактическая манипуляция, которая выполняется врачом-стоматологом (гигиенистом стоматологическим) и предусматривает выявление и удаление неминерализованных и минерализованных над- и поддесневых назубных отложений с последующим сглаживанием и полированием поверхности корня и коронки зуба [3].

После удаления назубных отложений поверхность зуба становится шероховатой, в дентине и цементе корня появляются микродефекты. Это создает условия для повторного скопления налета и реинфицирования тканей пародонта. В связи с этим особое внимание уделяется сглаживанию и полированию поверхности корня зуба [1]. При сглаживании и полировании окончательно удаляются мелкие фрагменты минерализованных назубных отложений, резорбционные лакуны и пигментации.

Целью исследования явилась оценка эффективности обработки поверхности корня зуба различными

ми инструментами по клиническим характеристикам состояния мягких тканей пародонта в динамике.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 39 человек. Всем пациентам проводилась профессиональная чистка зубов в составе однотипной комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта. Для оценки пародонтального статуса использовали общепринятые стоматологические и пародонтологические методы исследования.

Удаление минерализованных назубных отложений всем пациентам проводилось аппаратом пьезоэлектрического типа «Piezon Mini Master». Для изучения клинической эффективности окончательной обработки поверхности корня в ходе профессиональной чистки зубов у 19 пациентов применялись зонспецифические кюреты (группа 2) и у 20 пациентов – пародонтальные боры (группа 1) для работы в угловом наконечнике. Среди клинических критериев эффективности обработки поверхности корня различными способами нами анализировались: 1) степень повреждения мягких тканей пародонта непосредственно после обработки поверхности корня; 2) тест на определение гладкости поверхности корня с помощью пародонтального зонда; 3) значения пародонтальных индексов в динамике.

Известно, что после инструментальной обработки поверхности корня вновь начинается образование зубной бляшки. Этот процесс зависит не только от микробного пейзажа, состава и состояния ротовой жидкости и содержимого пародонтального кармана, уровня гигиены полости рта, но и от шероховатости поверхности, на которой происходит бляшкообразование [2]. Более шероховатая поверхность быстрее аккумулирует налет, следовательно, возобновляется и поддерживается воспалительный процесс в мягких тканях пародонта. Таким образом, по результатам клинических тестов и пародонтальных индексов можно косвенно судить о клинической эффективности обработки поверхности корня зуба тем или иным способом.

Все пациенты приглашались на контрольный осмотр через 2, 4 и 6 месяцев для оценки клинического состояния пародонтального комплекса и скорости «рецидивного» камнеобразования.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследований и оценки клинического состояния пародонтального комплекса с помощью индексов Silness – Loe и Шиллера – Писарева приведены в таблицах 1, 2.

Наши исследования показали, что правильное использование ручных инструментов обеспечивает меньшую травматичность по отношению к мягким тканям пародонта. В указанные сроки контрольного осмотра пациентов отмечалась самая низкая скорость «рецидивного» камнеобразования и реин-

фицирования мягких тканей пародонта. Подтверждением тому являются низкие значения индексов Silness – Loe и Шиллера – Писарева. Это позволяет говорить о том, что использование ручных инструментов обеспечивает формирование оптимально гладкой поверхности.

Наша практика показала, что применение пародонтальных боров сопоставимо с использованием ручных инструментов. Но, к сожалению, применение данной системы ограничивается анатомо-топографическими условиями, в том числе шириной и формой пародонтального кармана и является наиболее травматичной по отношению к мягким тканям пародонта.

Таблица 1. Динамика индекса Silness – Loe (баллы; $M \pm m$)

Сроки наблюдения	Группа 1 (n = 20)	Группа 2 (n = 19)
Первичное обследование	2,35±0,01	2,34±0,01
Через 2 месяца	0,96±0,007 ***/	0,98±0,007 ***/
Через 4 месяца	1,23±0,007 ***/	1,1±0,016 ***/
Через 6 месяцев	1,4±0,008 ***/	1,21±0,087 ***/

Примечание. *** – $p < 0,001$; ***/ – по сравнению с цифровыми значениями показателей при первичном обследовании.

Таблица 2. Динамика числового значения пробы Шиллера – Писарева (баллы; $M \pm m$)

Сроки наблюдения	Группа 1 (n = 20)	Группа 2 (n = 19)
Первичное обследование	1,56±0,011	1,59±0,007
Через 2 месяца	0,46±0,01 ***/	0,52±0,013 ***/
Через 4 месяца	0,82±0,004 ***/	0,63±0,006 ***/
Через 6 месяцев	1,23±0,007 ***/	1,16±0,008 ***/

Примечание. *** – $p < 0,001$; ***/ – по сравнению с цифровыми значениями показателей при первичном обследовании.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы: 1) на начальном этапе профессиональной чистки зубов наиболее целесообразным методом удаления минерализованных назубных отложений является обработка с помощью ультразвуковых пьезоэлектрических аппаратов; 2) применение кюрет Грейси может быть оптимальным методом сглаживания и полирования поверхности корня, хотя временные затраты при этом максимальные; 3) использование пародонтальных боров также даёт возможность получить положительные клинические результаты, но наиболее целесообразно их применение на этапе хирургического лечения заболеваний пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Инструментальная обработка поверхностей корней зубов – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 72 с.
2. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта /Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Е.А. Михеева. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
3. Николаев А.И., Цепов Л.М., Михеева Е.А. Профессиональная чистка зубов: инструменты, аппараты, методики. Набор боров и абразивных инструментов для обработки поверхности зуба при снятии зубных отложений /Фантомный курс терапевтической стоматологии /А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 409-427.
4. Практическая терапевтическая стоматология: Учебное пособие /Цепов Л.М., Николаев А.И. – 8-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 960 с.

УДК 616.314-089.27

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОНДЕНСИРУЕМЫХ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Мишутина О.Л., Молоканов Н.Я.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

LONG-TERM RESULTS OF CONDENSED GLASS-CEMENT IN CHILDREN'S CARIES TREATMENT

Mishutina O.L., Molokanov N.Y.

The Smolensk State Medical Academy

Изучены результаты применения стеклоиономерных цемента Fuji IX (GC), Ionofil Molar (VOCO) через 5 лет после лечения кариеса первых постоянных моляров у детей младшего школьного возраста. Установлено, что $85,2 \pm 4,9\%$ пломб из стеклоиономерного цемента Fuji IX (GC) находились в удовлетворительном состоянии, что достоверно больше, чем при использовании стеклоиономерного цемента Ionofil Molar (VOCO) ($p < 0,05$).

Ключевые слова: стеклоиономерный цемент, кариес зубов, первый постоянный моляр.

Results of Fuji IX (GC), Ionofil Molar (VOCO) glass-cement application were studied in 5 years of caries treatment of the first permanent teeth in primary school children. $85,2 \pm 4,9\%$ fillings made of Fuji IX (GC) glass-cement were established to be in the satisfactory state that is reliably more than in Ionofil Molar (VOCO) glass-cement application ($p < 0,05$).

Key words: glass-cement, caries, first permanent molar.

Лечение кариеса зубов с незавершенным формированием корней в детской практике по-прежнему является актуальной проблемой в стоматологии. Эффективность его зависит от вида пломбировочного материала, локализации кариозной полости, активности кариозного процесса [1, 2, 3]. Большинство авторов рекомендует в качестве материала выбора использовать стеклоиономерные цементы или компомеры. Преимущество стеклоиономерных цемента (СИЦ) обусловлено химической адгезией к эмали и дентину, антикариесным эффектом за счет

высвобождения ионов фтора, который стимулирует процессы реминерализации, блокирует ферменты микробного гликолиза, снижая адгезию бактерий к поверхности зуба [1]. Различные фирмы рекламируют свои СИЦ, отмечая в аннотациях те или иные преимущества их по сравнению с аналогами. Однако в практической работе не всегда подтверждаются «великолепные» свойства СИЦ.

Целью исследования явилось изучение результатов применения конденсируемых стеклоиономерных цемента «Fuji IX GP» (GC), «Ionofil Molar» (VOCO)

через 5 лет после лечения кариеса первых постоянных моляров у детей младшего школьного возраста.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением в течение 5 лет находилось 24 ребенка, лечившихся по поводу кариеса 61 зуба. В первую группу вошло 12 детей в возрасте от 7 до 9 лет (7 – девочек, 5 – мальчиков), которым было проведено лечение кариеса первых постоянных моляров с использованием стеклоиономерного цемента «Ionofil Molar» (VOCO). Вторую группу составили 12 детей (6 девочек, 6 мальчиков) того же возраста, у которых при лечении кариеса первых постоянных моляров применялся стеклоиономерный цемент «Fuji IX GP» (GC). Препарирование контролировали кариес-детектором (VOCO). Перед постановкой пломб проводили глубокое фторирование кариозной полости для повышения минерализации дентина препаратом «Глуфторед» («ВладМива») согласно рекомендациям фирмы-производителя. Поверхность пломбы из стеклоиономерного цемента изолировали от ротовой жидкости светоотверждаемым лаком.

Все дети обследовались по единому протоколу, который включал: определение вида прикуса, индекса КПУ+кп, степени восприимчивости к кариесу по R.M. Grainder, G. Nikiforuk (1960), гигиенического ин-

декса по Федорову – Володкиной. Для определения краевого прилегания пломб использовали кариес-маркер по методике А.В. Саловой, В.Н. Рехачева (2003). Оценку реставраций проводили по методу Каральника – Балашова, учитывали анатомическую форму, краевое прилегание, соответствие цвета, изменение цвета по наружному краю реставрации, рецидивный кариес. Оценку «удовлетворительно» получала пломба, которая по всем пяти критериям соответствовала коду А (средний балл 1,00). Если по одному из критериев ее обозначали другим кодом (Б, С, Д), то результат пломбирования считали неудовлетворительным.

Степень разрушения зуба оценивали следующим образом: до 1/3, до 2/3 и больше 2/3 коронки. Статистическую обработку проводилась на персональном компьютере с использованием пакета статистических программ «Microsoft Office Excel 2007» в «Windows XP Professional».

Результаты исследования и их обсуждение

В первой группе 5 пациентов (41,5±14,8%) имели среднюю и высокую восприимчивость к кариесу, тогда как во второй группе они были диагностированы лишь у двух детей (16,6±11,2%) (p<0,05) (табл. 1).

Таблица 1. Распределение детей в группах в зависимости от восприимчивости к кариесу по R.M. Grainder, G. Nikiforuk (1960)

Группа	Низкая (n)	Средняя (n)	Высокая (n)
1	7	3	2
2	10	1	1

Среднее значение индекса КПУ+кп у детей 1-й группы было равно 5,9±0,06, что достоверно (p<0,05) больше, чем у пациентов 2-й группы (3,8±0,12). У детей исследуемых групп чаще всего диагностировали ортогнатический прикус, что составило 58,3±14,8% и 41,6±14,7% соответственно (p<0,05). Глубокий прикус имели 25±13,0% пациентов 1-й группы и 50±15% обследованных 2-й группы, другие аномалии прикуса наблюдали редко. Достоверных различий в состоянии гигиены полости рта у детей исследуемых групп мы

не обнаружили, у детей 1-й группы индекс гигиены по Федорову – Володкиной составил 2,19±0,69, 2-й группы – 2,5±0,72 (p>0,05). С использованием материала «Ionofil Molar» (VOCO) у пациентов 1-й группы 5 лет назад был вылечен кариес 27 зубов (26 – I класс, 1 – V класс по Black), у лиц 2-й группы – 34 зуба (31 – I класс, 3 – V класс по Black), применялся материал «Fuji IX GP» (GC).

Данные о диагнозе и степени разрушения зубов у детей исследуемых групп представлены в таблице 2.

Таблица 2. Диагноз при лечении и степень разрушения зубов у детей исследуемых групп

Группа	Средний кариес		Глубокий кариес		Разрушен на 1/3		Разрушен на 2/3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	12	44,4±9,7%	15	55,6±9,7%	25	92,7±5,1%	2	7,3±5,1%
2	19	55,9±8,6%	15	44,1±8,6%	29	85,5±6,1%	5	14,5±6,1%

Клиническую оценку пломб производили через 5 лет после пломбирования кариозных полостей детей 1-й и 2-й групп (табл. 3).

Таблица 3. Состояние пломб у детей исследуемых групп через 5 лет

Группа	Количество пломб	Удовлетворительные результаты		Неудовлетворительные результаты	
		n	%	n	%
1	27	20	74±8,4	7	26±8,4
2	34	29	85,2±4,9	5	14,8±4,9

В результате проведенных исследований установлено, что у детей 2-й группы 85,2±4,9% пломб получили оценку «удовлетворительно», что достоверно ($p<0,05$) больше, чем у детей 1-й группы, у которых этот показатель был равен 74±8,4%. Чаще неудовлетворительные результаты лечения наблюдали у детей с низкой резистентностью к кариесу и при разрушении коронки зуба на 2/3. Не установлена взаимосвязь между патологией прикуса и количеством неудовлетворительных пломб.

Полученные данные можно объяснить физико-химическими характеристиками исследуемых стеклоиономерных цементов. Пломбы из материала «Ionofil Molar» (VOCO), несомненно, обладали лучшими эстетическими свойствами за счет наличия в составе транслюцентного реактивного стекла, однако чаще выявлена усадка материала. Известно, что основными достоинствами стеклоиономерного цемента «Fuji IX GP» (GC) являются: высокая химическая адгезия к тканям зуба, пакуемая (амальгамоподобная) вязкость, высокая прочность и износостойкость, что позволило пломбам успешно выдерживать жевательную нагрузку в кариозных полостях I класса по Black в течение 5 лет. Мы сравнили полученные результаты с данными других исследователей. Так, О.Г. Аврамова, С.С. Муравьева установили, что че-

рез год после лечения кариеса временных зубов у детей младшего школьного возраста 95% пломб из материала «Ionofil Molar» (VOCO) отвечали клиническим требованиям [1]. Е.Е. Маслак с соавт. отмечают удовлетворительный результат в 93,1% наблюдений лечения кариеса временных зубов с использованием материала «Fuji IX GP» (GC) спустя 18 месяцев наблюдения [3]. Таким образом, в сроки от 1 года до 1,5 лет результаты лечения с использованием данных СИЦ достоверно не отличаются, а различия появляются при анализе через 5 лет. Возможно, на результаты исследования повлиял и тот факт, что в 1-й группе было несколько больше детей со средней и высокой восприимчивостью к кариесу, у которых, как правило, чаще встречаются осложнения при лечении.

Заключение

Через 5 лет после лечения кариеса первых постоянных моляров у детей младшего школьного возраста 85,2±4,9% пломб из стеклоиономерного цемента «Fuji IX GP» (GC) находилось в удовлетворительном состоянии, что достоверно больше, чем при использовании стеклоиономерного цемента «Ionofil Molar» (VOCO) ($p<0,05$). Неудовлетворительные результаты лечения чаще встречались у детей с высокой восприимчивостью к кариесу и при значительном разрушении коронки зуба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамова О.Г., Муравьева С.С. Применение стеклоиономерных цементов для профилактики вторичного кариеса и его осложнений //Стоматология сегодня. – 2006. – №1(51).
2. Рутковская Л.В. Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения кариеса постоянных зубов у детей младшего школьного возраста в условиях школьного стоматологического кабинета: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 2006. – 14 с.
3. Маслак Е.Е., Мохамад А.С., Атанасова А.С. и др. Комплексное лечение кариеса молочных зубов у детей. – http://www.SSwhite.ru/artice._34htm.

УДК 616.31+616.126-002

КАЗУИСТИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЭНДОДОНТИИ

Мишутина О.Л., Молоканов Н.Я., Живанкова У.Ф., Божефатова О.А.
 ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;
 МЛПУ «Детская стоматологическая поликлиника г. Смоленска»

CASUISTICS AND COMPLICATIONS IN ENDODONTHY

Mishutina O.L., Molokanov N.Y., Zhivankova U.F., Bozhefatova O.A.
 The Smolensk State Medical Academy;
 The Smolensk Children's Stomatologic Out-Patient Department

Проводился анализ 296 внутриротовых рентгенограмм для оценки качества пломбирования корневых каналов у детей. В 18% наблюдений диагностировались осложнения эндодонтического лечения.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение, осложнения, аномалии.

296 intraoral X-ray films were analyzed to value the quality of root canals filling in children. In 18% of cases complications of endodontal treatment were diagnosed.

Key words: endodontal treatment, complications, abnormalities.

В последние годы рентгенологические методы исследования стали шире применяться в стоматологии детского возраста [1, 2, 3]. Нами проанализировано 296 рентгеновских снимков, выполненных с целью контроля качества пломбирования корневых каналов у детей. Наиболее интересные, на наш взгляд, наблюдения мы приводим в данной публикации.

На рентгенограмме (рис. 1) зуб 36 имеет три корня, что встречается очень редко, по данным Berkovitz V.K. et al. (1992), Ingle J.I., Bacland L.K. (1994) – до 2%. Известно, что 3 канала в нижнем первом моляре наблюдаются в 64%, а 4 канала – в 29% соответственно [2]. Качество пломбирования корневых каналов не соответствует современным требованиям.

Следующее наблюдение (рис. 2) наглядно демонстрирует, какие трудности возникают у врача-стоматолога при эндодонтическом лечении пульпита, периодонтита у детей. Данная ситуация интересна тем, что зуб 12 имеет 2 апикальных отверстия. Такой вид расположения корневых каналов соответствует IV типу (по Weine, 1976) [2]. Хорошо видно, что гуттаперчевые штифты в каналах зубов 12, 11, 21 расположены неплотно, между ними имеются пустоты, пломбировочный материал выведен за верхушку корня. Причиной, скорее всего, является тот факт, врач-стоматолог не освоил технику латеральной конденсации. Частым осложнением при эндодонтическом лечении осложнений кариеса у детей является выведение пломбировочного материала за верхушку корня, что видно на рентгенограммах (рис. 3, 4).



Рис. 1. Дентальная рентгенограмма больной М., 13 лет



Рис. 2. Дентальная рентгенограмма больной К., 10 лет



Рис. 3. Дентальная рентгенограмма больной Д., 13 лет

При лечении осложнений кариеса у детей могут возникнуть ошибки, связанные с неправильно рассчитанной рабочей длиной корневого канала, что приводит к выведению гуттаперчевых штифтов за верхушки корней в периодонт (рис. 5).



Рис. 4. Дентальная рентгенограмма больной Ф., 15 лет



Рис. 5. Дентальная рентгенограмма больной Б., 14 лет

Применение апекслокаторов последнего поколения позволяет избежать подобных ошибок.

В связи с тем что различные аномалии строения корней, расположения корневых каналов нередки, врач еще до начала лечения должен представлять возможные варианты. Необходимо осуществлять предварительное рентгенологическое исследование и определять длину корневого канала с использованием апекслокатора.

Заключение.

В результате анализа 296 рентгенограмм, выполненных с целью контроля качества пломбирования корневых каналов, в 18% (53) наблюдений диагностировались различные осложнения эндодонтического лечения, что свидетельствует о необходимости совершенствования мануальных навыков детскими врачами-стоматологами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. – М., Н. Новгород. – 2001. – 743 с.
2. Хоменко Л.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия. Инструменты, материалы и методы. – Киев: Книга плюс. – 2002. – 216 с.
3. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков. – М.: Книга Плюс, 2004. – 200 с.

УДК 616.314-089.843

ОПЕРАЦИИ СИНУС-ЛИФТИНГА: ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Петров И.Ю., Коротких Н.Г., Ловчикова М.В., Петров А.И.

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

SINUS LIFT: POSSIBLE ERRORS AND COMPLICATIONS

Petrov I., Korotkikh N., Lovchikova M., Petrov A.

Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko

Статья посвящена проблемам проведения операций синус-лифтинга. Рассмотрен алгоритм выполнения операции синус-лифтинга, определены условия, необходимые для получения положительных результатов в раннем и отдаленном постоперационном периодах.

Ключевые слова: синус-лифтинг, имплантаты.

The article is devoted to the problems of performing operations on sinus lift. The algorithm of performing operation on sinus lift is mentioned. The conditions necessary for receiving positive results in early and long-term postoperative periods are defined.

Key words: sinus lift, dental implants.

Внедрение в клиническую практику операций синус-лифтинга существенно расширило показания к возможности протезирования на имплантатах у больных со сложными топографо-анатомическими взаимоотношениями элементов верхней челюсти и верхнечелюстного синуса.

В Воронеже операции синус-лифтинга внедряют авторы с 1996 года после обучения в Германии.

За последние десять лет эта операция была существенно дополнена различными техническими приемами и технологиями, преимущественно с использованием различных вариантов костной пластики, в частности аутопластикой с наиболее частым использованием трансплантатов, взятых из подбородка. Достаточно широко используются и другие материалы, чаще всего в виде различных форм гидроксилатапата, корундовой керамики на основе кремния и т. п. В последние годы широкое применение получили отечественные биокомпозиционные материалы нового поколения, важной особенностью которых является содержание сульфатированных гликозамингликанов, придающих этим материалам выраженные остеиндуктивные свойства.

Целью нашей работы является анализ послеоперационных и отдаленных осложнений операций синус-лифтинга после проведения дентальной имплантации и протезирования.

Материалы и методы исследования

Для того чтобы избежать возможных ошибок и неудач, авторы при планировании имплантации используют известные имплантологические диагностические критерии:

- классификация состояния костной ткани (предложенная Mish-Judy в 1985 году) в зависимости от степени атрофии челюстных костей по высоте, ширине и длине;

- определение качественных показателей челюстных костей с выделением 4 степеней плотности, от однородной до мягкой (классификация архитекто-ники Zarb A. – Lekholm U., 1995).

Эти критерии необходимы при оценке результатов предоперационного клинко-рентгенологического обследования пациентов с использованием ортопантомографии и КТМ.

В предоперационном периоде обязательно назначается проведение клинко-лабораторного и рентгенологического исследований:

- оценка общего состояния организма и местного статуса;

- анализы крови и мочи;
- коагулограмма;
- тесты на ВИЧ;
- гепатит В и С;
- сифилис;
- биохимические показатели функций печени, почек, поджелудочной железы;

- специальные панорамные снимки, линейные срезы, цефалометрические снимки.

Все это позволяет тщательно планировать проведение субантральной имплантации, а также решить вопрос условий стабильности имплантатов. Она может быть достигнута, если первоначальные размеры воспринимающей кости по длине и ширине составляют не менее 4–5 мм. В этих случаях выполняется синус-

лифтинг с одновременной установкой имплантатов (непосредственная имплантация). В остальных случаях проводится синус-лифтинг с аутопластикой, а затем – через 6–8 месяцев – отсроченная имплантация.

Назначая операцию синус-лифтинга, следует учитывать психоэмоциональное состояние пациента:

- больной должен знать, что существующие альтернативные способы лечения в его случае неприемлемы;
- больной должен быть четко информирован о рискованности операции и ее возможных осложнениях;
- больной должен осознавать необходимость обязательного выполнения гигиенических манипуляций в постоперационном периоде с исключением из рациона твердой пищи в течение полугода.

Противопоказаниями к проведению операции синус-лифтинга являются:

- психические заболевания;
- хронические декомпенсированные заболевания;
- ВИЧ-инфекция, гепатиты, венерические заболевания;
- нарушения коагуляции и гемостаза;
- туберкулез, онкологические заболевания;
- нарушения костной системы (остеопороз, остеопатии);
- нарушения иммунной системы;
- нарушения эндокринной и кроветворной систем.

Алгоритм проведения операции синус-лифтинга включает следующие этапы.

1. Разрез до кости, проходящий по гребню альвеолярного отростка в мезиодистальном направлении с дополнительным вертикальным рассечением тканей у зубов, ограничивающих дефект.

2. Отслойка слизистой-надкостничного лоскута и скелетирование переднебоковой стенки пазухи.

3. Формирование полуовального или трапециевидного костного фрагмента в области переднебоковой стенки. Препарирование кости проводится на ее толщину без повреждения слизистой оболочки. Размер костного фрагмента зависит от объема пазухи, в идеальном случае при смещении он должен касаться задней стенки пазухи.

4. Смещение костного фрагмента путем подламывания и отделения слизистой оболочки пазухи от дна и стенок. Продолжение смещения фрагмента назад и вверх приводит к образованию дополнительно полости в нижнем отделе синуса, верхней границей (стенкой) которой становится смещенный костный фрагмент.

5. Заполнение вновь созданного объема комбинацией костнопластических материалов. При этом их блоки адаптируются по размеру, тем самым достигается стабильность в полости. При необходимости данная область изолируется мембраной, предпочтительно резорбируемой.

6. Ушивание операционной раны. После возвращения на место слизисто-надкостничного лоскута рана ушивается согласно общехирургическим принципам: без натяжения, первый вкол иглы делается на более подвижном крае раны, первый шов накладывается на ее середине. Швы снимаются через 10–14 дней.

Всего в течение последних 10 лет авторами было проведено 190 операций: 80 мужчинам и 110 женщинам в возрасте от 35 до 65 лет.

Следует отметить, что синус-лифтинг – прежде всего хирургическая операция, которую должен проводить опытный подготовленный хирург.

Результаты исследования и их обсуждение

Несмотря на совершенствование технологий и методик проведения операций синус-лифтинга, применение новых имплантационных и остеозамещающих материалов, практические врачи нередко сталкиваются с различными осложнениями в раннем и отдаленном постоперационном периоде.

На основе собственного клинического опыта и изученных литературных данных [1, 2] был выделен ряд серьезных осложнений операций синус-лифтинга и способы их устранения (табл. 1).

Осложнения, возникающие в первую неделю после операции, связаны со значительным по объему оперативным вмешательством в полости рта. Это могут быть гематомы и кровоизлияния, расхождение швов, воспалительные процессы, болевой синдром.

Таблица 1. Классификация осложнений при операции синус-лифтинга и способы их устранения

Вид осложнения	Способ устранения
1. Отторжение биокомпозиционных материалов	Удаление биоматериала, ревизия раны, повторный синус-лифтинг с использованием аутотрансплантата, медикаментозная терапия
2. Перфорации слизистой верхнечелюстного синуса	Ушивание слизистой
3. Перфорации верхнечелюстной пазухи имплантатами в послеоперационном периоде	Устранение инородного тела с использованием синусоскопии, повторная операция
4. Воспалительные процессы, связанные с кровоизлияниями в мягкие ткани	Купирование воспалительных явлений
5. Пенетрация имплантата в окружающие анатомические образования, возникающая при нагрузке имплантата	При перфорации верхнечелюстного синуса имплантат удаляется. Повторная имплантация – после восстановления дефекта костной ткани
6. Резорбция костной ткани при отсутствии подвижности имплантата	Удалить грануляционную ткань, в полость ввести костеобразующий материал и закрыть резорбируемой мембраной

В заключение следует отметить, что для того чтобы избежать вышеперечисленных осложнений, необходимо соблюдать следующие принципы:

- операции синус-лифтинга должен проводить только опытный подготовленный хирург;

- показания к операции должны быть четко обоснованы, а операция тщательно спланирована с оценкой прогноза;

- пациент должен получать подробные инструкции на всех этапах лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перова М.Д. Осложнения дентальной имплантации, их лечение и профилактика /М.Д.Перова //Новое в стоматологии. – 2002. – № 5 (105). – С. 75-84.
2. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты) /Т.Г. Робустова. – М.: Медицина, 2003. – 560 с.

УДК 616.314-089.28

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ СИСТЕМЫ «ANTHOGYR» ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Полякова В.В., Бочаров А.В.

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

APPLICATION OF «ANTHOGYR» SYSTEM IMPLANTS TO RESTORE DENTAL LINES DEFECTS

Polyakova V.V., Bocharov A.V.

*The Smolensk State Medical Academy;
Association of Dental Clinics «ORTOS»*

Применение имплантатов системы «Anthogyr» для восстановления зубных рядов позволило обеспечить максимальную естественность взаимодействия имплантатов с окружающими тканями, достичь устойчивых функциональных и эстетических результатов.

Application of «Anthogyr» system implants to restore dental lines allowed to provide maximally natural interaction of implants with surrounding tissues. It allowed to obtain persistent functional and esthetic results.

При анализе литературных данных определяется высокая (65%) нуждаемость населения нашей страны (в возрасте 35–45 лет) в зубном протезировании [2]. Для этой категории пациентов важным условием полноценного протезирования является съемный или несъемный характер конструкции. Большинство лиц трудоспособного возраста воспринимает съемные протезы как препятствие к активной профессиональной и социальной жизни. Применение внутрикостных зубных имплантатов позволяет решить вопросы при частичной и полной утрате зубов, восстановить жевательную функцию и улучшить эстетику лица.

По мере разработки новых концепций в технологии, производстве и применении имплантатов в стоматологии значительно возросли требования к функциональным прочностным и эстетическим

параметрам ортопедических конструкций. Совершенствование их достигается комплексным решением конструкторско-технологических и материаловедческих проблем, непосредственным поиском и оптимизацией средств, а также методов проведения операций и последующего лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Всем вышеизложенным требованиям отвечают имплантаты системы «Anthogyr» (Франция). Хирургические наборы для проведения операций содержат как минимум 5 съемных подставок с инструментами. Построение набора по очередности использования инструментов и цветовая маркировка по диаметру имплантата делает его использование очень удобным.

Имплантаты «Anthogyr» поставляются в стерильном виде в колпачке, винт-заглушка расположен вме-

сте с имплантатом, использование метчиков не является обязательным, так как имплантаты «Anthogyr» обладают функцией самонарезки резьбы.

Цель исследования – провести анализ лечения пациентов с дефектами зубных рядов имплантатами системы «Anthogyr».

Материал и методы исследования

Нами проведено 45 операций отсроченной двух-этапной имплантации, в ходе которых установлено 112 имплантата «Anthogyr». На этапе планирования проводили компьютерную томографию исследуемой области и виртуальное моделирование предстоящей операции. С учетом полученных результатов принимали окончательное решение о выборе размеров имплантата и супраструктуры. Наиболее частой локализацией явились включенные дефекты в боковых участках челюстей, на втором месте – односторонние и двусторонние концевые дефекты нижней и верхней челюстей, на третьем месте – включенные дефекты во фронтальном отделе зубных рядов.

В своей практике мы использовали имплантаты «Anthogyr» с внутренним восьмигранником. Они имеют гладкую шейку 2 мм, которая способствует образованию эпителиально-соединительной сцепки и ограничивает бактериальную адгезию.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от ситуации во время проведения операции нами учитывалась высота шейки имплантата для оптимизации трансгингивального расположения:

при тонкой десне (менее 1 мм) гладкую шейку имплантата полностью погружали в кость. Это позволило предупредить образование биологического пространства в конце периода заживления и не допустить обнажения витков в соединительной ткани;

при толстой десне (2 мм и более) и когда позволяет состояние кости оставляли шейку имплантата полупогруженной или непогруженной, но полностью погрузив ее под верхний край десны. Такая техника погружения позволила нам расположить протезную основу над гребнем кости, улучшить соотношение коронка/имплантат и ограничить потерю кости.

Во всех случаях во время проведения операции использовали аутогенную плазму крови, обогащенную тромбоцитами, в форме мембраны для закрытия имплантатов и с целью направленной регенерации тканей [1, 3]. Послеоперационные раны ушивали викрилом.

В послеоперационном периоде назначали нестероидные противовоспалительные препараты (нимесулид, кеторолак) и МЛИ – импульсный лазерный низкоинтенсивный свет в сочетании с постоянным магнитным полем от аппарата «Оптодан». Курс лечения в среднем составил 7 дней. В основе профилактического и лечебного действия МЛИ применительно к условиям имплантации лежит стимуляция микроцир-

куляции. Это прежде всего купирование отека и предотвращение микротромбоза, стимуляция трофики тканей, и в первую очередь кислородное снабжение, которое нарушается главным образом вследствие расстройства микроциркуляции в зоне оперативного вмешательства. Одним из этих свойств МЛИ в этих условиях является повышение проницаемости клеточных мембран и транспорт кислорода в тканях путем диффузии, что купирует тканевой ацидоз, ингибирующий процессы регенерации тканей [4].

Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко. Швы снимали на 7–8-е сутки. Ни в одном случае не произошло отторжения имплантата.

Через 3 месяца после имплантации на нижней и через 4 на верхней челюсти проводили II этап.

На 7–10 дней устанавливали ФДМ (формирователь десневой манжетки), а затем приступали к протезированию.

Первый ортопедический этап, снятие оттисков, проводили двумя методами – открытой и закрытой ложками. Компания «Anthogyr» предлагает два вида трансферов. Основываясь на собственном опыте, мы отдаем предпочтение использованию техники открытой ложки. Она является наиболее точной, так как не происходит смещение трансфера в слепочной массе. Данный метод позволяет снимать оттиски при наличии имплантатов с расходящимися осями. При использовании техники закрытой ложки бывают неточности с расположением трансфера.

Второй ортопедический этап – выбор опорных элементов, или абатментов. Система имплантатов «Anthogyr» располагает большим выбором заводских титановых абатментов. Это гарантирует точность подгонки двух элементов между собой. Абатменты делятся на прямые и угловые (15° и 25°). Каждый из видов имеет три варианта, высота шейки которых подбирается в зависимости от толщины слизистой и, как мы отмечали выше, от глубины погружения имплантатов в костную ткань.

Также применяли ортопедические компоненты «O'Ring», позволяющие удерживать и фиксировать съемный протез всего на двух или более имплантатах. При этом необходимо выбирать имплантаты достаточной длины и следить на этапе установки, чтобы угол конвергенции не превышал 15° (в идеале они должны быть параллельными). Это проводится с использованием измерительных пинов или пинов параллельности из хирургического набора. Полный фиксатор поставляется с охватывающей частью и фиксирующей прокладкой разной жесткости. В совокупности с имплантатами «Anthogyr» использовали и балочную систему фиксации съемных протезов. Это достигается благодаря наличию выжигаемых абатментов с фиксацией на винт. Все супраструктуры

(протезы) технически выполняются по общепринятой методике с использованием параллелофреза для обработки абатментов. Были изготовлены цементнорукующие протезы, протезы с винтовой фиксацией и условно-съёмные с замковым креплением.

Заключение

Таким образом, применение имплантатов системы «Anthogyr», наряду с проведенным комплекс-

ным предоперационным обследованием, совершенствованием методики проведения операций, ведением послеоперационного периода больных и рациональным ортопедическим лечением, позволило обеспечить высокую эффективность дентальной имплантации (100% приживляемость имплантатов) с достижением устойчивых функциональных и эстетических результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адда Ф. Тромбоциты с высоким содержанием фибрина /Ф. Адда //Институт стоматологии. – 2003. – №1. – С. 67-69.
2. Брагин Е.А. Восстановление элементов и функций зубочелюстной системы ортопедическими методами лечения: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Воронеж, 2003. – 48 с.
3. Полякова В.В., Бочаров А.В. Применение аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами при отсроченной двухэтапной имплантации //Вестник Смоленской медицинской академии. – 2007. – №2. – С. 76-78.
4. Способы повышения эффективности дентальной имплантации с помощью магнито-лазерного излучения /Прохончуков А.А., Жижина Н.А., Мозговая Л.А. и др. //Российский вестник дентальной имплантологии. – 2003. – №1. – С. 54-57.

УДК 616.314-089.27-009.7

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Прудникова М.М., Леонова О.М.

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

THE ANALYSIS OF ERRORS OF ENDODONTIC TREATMENT

Prudnikova M.M., Leonova O.M.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

В статье подробно рассмотрены факторы, влияющие на успех или неудачу эндодонтического лечения, дан протокол ирригации канала, проанализированы ошибки эндодонтического лечения.

Ключевые слова: корневого канала, осложнения эндодонтического лечения.

The article discussed in details the factors affecting the success or failure of endodontic treatment, the protocol of root canal irrigation is given, endodontic treatment errors are analyzed.

Key words: root canal, complications of endodontic treatment.

В последние годы в стоматологии выявлены положительные тенденции, касающиеся повышения качества эндодонтического лечения зубов. Сегодня при использовании усовершенствованных инструментов и новых технологий можно прогнозировать результаты эндодонтического лечения, повышая его эффективность.

Исследования последних лет показали, что в отечественной эндодонтии имеется ряд нерешенных

проблем. Так, высокая распространенность осложнений кариеса (62,3%) (Боровский Е.В., 2002–2007) сочетается с низким (19,8–48,7%) качеством эндодонтического лечения.

В Воронежской и Тамбовской областях при 100% распространенности кариеса и средней его интенсивности (10,7) интенсивность осложненного кариеса составляет 9,9. Конечно, этот показатель включает в

себя и депульпирование интактных зубов под керамические протезы и потому является таким высоким, но это никак не влияет на качество проводимого эндодонтического лечения. Известно, что на один вылеченный по поводу осложнений кариеса зуб приходится 1,5 удаленных с тем же диагнозом!

Среди многочисленных факторов, влияющих на успех или неудачу эндодонтического лечения, можно выделить следующие: 1) состояние здоровья пациента; 2) возраст пациента; 3) морфологические факторы; 4) качественная интерпретация рентгенограмм; 5) качество формирования, очистки и дезинфекции корневого канала; 6) качество obturации корневого канала; 7) оперативные неудачи при выполнении манипуляций; 8) немикробные причины неудачного эндодонтического лечения.

Если первые три показателя не зависят от врача, а требуют от него лишь настороженности и повышенного внимания, то следующие за ними факторы напрямую связаны с характером и качеством знаний в области эндодонтии и развитыми мануальными навыками.

Нарушение одного или нескольких правил может привести к развитию осложнений и безуспешности эндодонтического лечения. Рассмотрим далее подробно 4–8 факторы.

Интерпретация рентгенограмм. Подавляющее (90%) большинство врачей не считают обязательным проводить первичную рентгендиагностику при пульпите и некоторых формах периодонтитов, тогда как рентгенограмма дает информацию не только о состоянии периапикальных тканей, но и отражает следующие ситуации:

- степень искривления корня;
- анатомические особенности (верхнечелюстная пазуха, нижнечелюстной канал);
- анатомические особенности строения корней (если контур корня нечеткий или он смещается, то это дополнительный корень) и каналов (если цвет канала меняется от темного к светлому, то это разделение канала);
- атипичное строение корней;
- облитерация канала;
- наличие кальцификатов в полости зуба;
- внутриканальная резорбция или резорбция верхушки корня у взрослого человека;
- латеральная трещина корня;
- наличие патологического процесса в области бифуркации и связь его с пародонтальным карманом.

Даже наличие одного пункта из перечня рентгендиагностических приемов должно насторожить врача, и он должен для себя решить вопрос, возможно ли вообще качественное эндодонтическое лечение в условиях его кабинета или клиники.

Качество формирования, очистки и дезинфекции канала. При формировании и очистке корнево-

го канала существует пять этапов эндодонтического вмешательства: 1) формирование доступа; 2) визуализация и расширение устья канала; 3) измерение рабочей длины; 4) механический файлинг и медикаментозная дезинфекция; 5) obturация канала (трехмерное заполнение магистрального канала и всех его ответвлений).

Доступ к каналу должен быть максимально визуализирован, стенки полости не должны мешать свободному прохождению инструмента в канале.

В визуализации устья канала помогают эндолупинты, гипохлорит натрия, эндодонтический зонд, стоматологическая лупа, хорошее освещение.

Расширение устья канала – этап, который во многом обеспечивает проходимость канала и доступ в апикальную часть. Чем сложнее диагностируется апикальный доступ, тем шире должно быть сформировано устье канала. Сегодня эту проблему решают ротационные технологии. Шейперсная группа вращающихся инструментов любых фирм обеспечит расширение и формирование верхней трети канала.

Измерение рабочей длины – этап, от которого зависит исход, а во многом и прогноз эндодонтического лечения. Измерение рабочей длины необходимо проводить многократно во время прохождения и формирования канала, так как возможны следующие ситуации:

- неполностью пройден канал и не достигнуто апикальное сужение;
- «разбита верхушка» канала с выведением пломбировочного материала за его пределы;
- просвет канала obturирован дентинными опилками и утрачены ориентиры по длине;
- создан уступ или перемещен апикальный уступ.

Механический файлинг канала подразумевает прохождение канала от устья до физиологического апекса, удаление распада тканей из канала, создание конусности канала, с тем чтобы промывные растворы могли беспрепятственно вводиться в корневой канал, достигать верхушки канала и эвакуироваться из канала.

Сегодня с целью биологической целесообразности механической и медикаментозной обработки канала используется техника «краун даун», цель которой – сохранение анатомии канала; сохранение апикальной части и диаметра апикального отверстия; создание постоянной конусности, которая поможет тщательно удалить смазанный слой, продезинфицировать и без проблем obturировать канал.

Дезинфекция и стерилизация корневого канала. Если еще 5–7 лет назад краеугольным камнем эндодонтического лечения была механическая обработка канала, а главной задачей было пройти канал от устья до апекса и obturировать его, то сегодня нужно акцентировать внимание на способах, средствах и методах очистки, дезинфекции и стерилизации канала.

То есть конусное формирование канала необходимо для механической очистки магистрального канала, а очистку латеральных каналов, боковых, сложной дельты призваны выполнить дезинфицирующие растворы.

Для реализации этих задач сформулирован и отработан протокол ирригации канала:

- при первичном входе в полость зуба – гипохлорит натрия;
- при визуализации устьев – эндолубрикант;
- при обработке канала – гипохлорит натрия;
- при окончательной очистке – 17% раствор ЭДТА + 2% раствор хлоргексидина;
- перед окончательной obturацией канала – промывание его физраствором или дистиллированной водой.

В эндодонтии особенно широкое распространение получили препараты гидроксида кальция, обладающие широким антибактериальным действием и способностью растворять оставшиеся ткани пульпы. За счет выделения ионов гидроксида образуется резко щелочная среда ($\text{pH} = 11-12$). В такой среде бактерии быстро погибают. Чтобы достичь продолжительного дезинфицирующего действия в корневом канале, значение pH в этих препаратах долгое время должно быть больше 10,0, а в случае инфицирования, некроза и обострения – более 12. Эти препараты вводятся в корневой канал на 2–3 дня (при необходимости могут вводиться повторно), затем канал промывается, высушивается и пломбируется.

Качество obturации канала зависит от выбора способа obturации и материалов, из которых будет сформирована корневая пломба.

Надежная и гарантированная obturация канала невозможна, если канал пломбируется методом одного штифта или одной пасты, так как необходимо заполнить не только магистральный канал до апикального сужения, но и все боковые ответвления, латеральные каналы, дельтовидные пространства. Кроме того, корневая пломба должна обладать надежной адгезией к дентину на всем протяжении канала, чтобы не допустить микроподтекания в системе дентинных канальцев.

Оперативные ошибки. Количество врачебных ошибок, выраженных в процентном соотношении, достаточно велико, а доля перфораций значительна. Если учитывать случаи выведения пломбировочного материала за пределы корневого канала, то можно считать, что распространенность перфорации, как ведущей врачебной ошибки в современной отечественной эндодонтии, составляет около 14%. Однако сегодня существуют диагностические методы и приемы (радиовизиографическое увеличение, стоматологическая лупа и микроскоп), позволяющие быстро диагностировать как оперативные, так и резорбтивные перфорации и эффективно их obturировать («Pro Root» фирмы «Dentsply» США; «Триоксидент» фирмы «Владмива», Россия).

Фрактура инструмента в канале – вторая (0,8–8%) по распространенности ятрогенная ошибка – напрямую зависит от мануальных навыков врача, времени, отведенного для эндодонтического лечения, технического обеспечения клиники. Для извлечения инструментов из корневых каналов предлагается большое количество методов. С этой целью могут быть использованы различные виды экскаваторов, Н-файлы, специальные пинцеты, наборы «Массран», большое количество ультразвуковых приборов и намагниченных инструментов.

«Немикробные» причины неудач в эндодонтии могут быть следующими: ошибки при постановке штифтовых конструкций; вертикальный и латеральный перелом корня.

В заключение необходимо отметить следующее.

- Практическая эндодонтия относится к одному из самых сложных разделов клинической стоматологии.
- Соблюдение критериев эндодонтического лечения, несомненно, положительно отражается на качестве лечения.
- Непрерывное медицинское обучение и совершенствование мануальных навыков поможет избежать ятрогенных ошибок в лечении корневых каналов.

УДК 616.716.85-08

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛИТА

Родионов Н.Т., Андреева Е.П., Доброродова С.В., Столетняя Т.П.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;
МЛПУ «Стоматологическая поликлиника № 1»

PREVENTION AND TREATMENT OF ALVEOLITIS

Rodionov N.T., Andreeva E.P., Dobrorodova S.V., Stoletnyaya T.P.
The Smolensk State Medical Academy;
The Smolensk Stomatological Out-Patient Department № 1

Проведена сравнительная оценка лечения альвеолитов с помощью альвожила и альвостаза. Отмечено более выраженное анальгезирующее и противовоспалительное действие альвостаза, что позволяет рекомендовать его для лечения и профилактики альвеолитов.

Comparative assessment of alveolitis treatment with alvogyle and alvostase was made. More manifested analgesic and anti-inflammatory effect of alvostase that allows to recommend it for alveolitis treatment and prophylaxis.

Альвеолит является наиболее частым осложнением в амбулаторной практике хирурга-стоматолога. Основными этиологическими факторами в его развитии являются: патогенная микрофлора, находящаяся в периодонтальных тканях, а также травма, связанная с атипичным, сложным удалением зуба. Наряду с этим определенное значение имеет фибринолиз сгустка крови, закрывающего лунку, либо его механическое повреждение в результате нарушения больными лечебного режима, а также низкая антибактериальная резистентность организма пациента.

Большое количество медикаментозных средств и физических методов, предложенных для лечения и профилактики этого осложнения, свидетельствует о трудностях, с которыми встречаются практические врачи [1, 2].

Целью настоящего исследования явились поиски эффективных методов профилактики и лечения альвеолитов.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 132 больных в возрасте от 19 до 65 лет, из них 47 мужчин и 85 женщин, которые были распределены на 3 группы. Большинство из них обратилось за медицинской помощью на 2–4-е сутки после удаления зуба. Всем больным 1-й и 2-й групп после обследования из лунки удаляли остатки пищи, распавшийся сгусток крови, мелкие осколки кости, затем ее промывали теплым раствором 3% перекиси водорода с фурациллином (1:5000) и высушивали.

Больным 1-й группы (30) в лунку вводили пасту «Alvogyl» фирмы «Септодонт» (Франция), в состав которой входят лидокаин и эвгенол.

Больным 2-й группы (38) в лунку вводили альвостаз отечественного производства, основу которого

составляют гемостатическая губка и тампон-нити, пропитанные лечебным составом (эвгенол, тимол, йодоформ, лидокаин, прополис, кальция фосфат и бутилпарааминобензоат).

Положительной особенностью альвостаза является то, что кроме кровоостанавливающего, выраженного обезболивающего и противовоспалительного свойства губка при введении в лунку пропитывается кровью, способствует организации сгустка и нормальному заживлению. В дальнейшем, являясь стимулятором регенерации, она подвергается рассасыванию и замене не подлежит. Тампон-нити, в отличие от губки, не резорбируются, а выталкиваются из лунки грануляционной тканью.

Повторный осмотр и лечение больных 1-й и 2-й групп проводились через 1–3 дня, им рекомендовали в течение 3–5 часов воздерживаться от приема пищи, соблюдать гигиену полости рта. Некоторым больным по показаниям назначали обезболивающие средства, антибиотики, амплипульс, флюктуоризацию, магнитолазерную терапию, сухое тепло.

Наибольшую 3-ю группу составили 64 пациента, которым с профилактической целью в лунку, заполненную кровью, вводили альвостаз-губку. В основном это были случаи после сложного, атипичного удаления зубов, когда нами предполагалась вероятность развития альвеолита.

Рекомендации и назначения – аналогичные, как и больным 1-й и 2-й групп.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных данных позволил выявить зависимость частоты развития альвеолита от возраста и пола пациентов, причин удаления и групп зубов, травматичности операции. Нами установлено, что у женщин (63,7%) альвеолит встречается чаще, чем

у мужчин (36,3%). У пациентов старше 50 лет это осложнение зарегистрировано лишь в 9 случаях. У 32 (47%) больных альвеолит развился после удаления моляров нижней челюсти, из них в 14 (38%) случаях при сложном удалении зубов мудрости.

У 45 (66,2%) пациентов это осложнение диагностировано после удаления зубов по поводу обострения хронического гранулирующего и гранулематозного периодонтита, у 12 (17,6%) – хронического периодонтита, в 8 (11,8%) случаях затрудненного прорезывания и дистопии зубов мудрости на нижней челюсти, а в 3 (4,4%) – по поводу пародонтита.

У большинства больных операция удаления зуба проведена травматично, с применением бормашины, долота и элеваторов. Вместе с тем у 15 больных альвеолит развился после простого удаления зуба.

Клиника альвеолита характеризовалась появлением болей различной интенсивности в области лунки через 1–3 дня после удаления зуба, иногда с иррадиацией в ухо, висок. 23 больных жаловались на нарушение общего состояния, сна, повышение температуры тела.

При осмотре полости рта десна в области удаленного зуба была гиперемирована, отечна. Как правило, в лунке отсутствовал или был частично сохранен распадающийся сгусток крови, стенки лунки покрыты серым налетом. 15 больных после сложного удаления зубов мудрости на нижней челюсти отмечали боли при глотании и ограничение открывания рта. У 18 пациентов пальпировались увеличенные, болезненные поднижнечелюстные лимфатические узлы. У трех больных развился периостит нижней челюсти.

После оказания медицинской помощи у 16 пациентов 1-й группы боли уменьшились на 2–3-и сутки, у 9 – на 4–5-е сутки, воспалительные явления медленно купировались к 4–7-м суткам, гранулирование лунки завершалось на 8–12-е сутки. 5 пациентов жаловались на плохое самочувствие, постоянные боли. Альвожил в лунке частично отсутствовал, сохранялись гиперемия и отек десны. Повторная обработка лунки с заменой альвожила способствовала купированию болей, воспаления и гранулированию раны. У 4 больных установлено полное, а у 5 – частичное

отсутствие альвожила в лунке. Число посещений составило в среднем 3–4 раза.

У 36 больных 2-й группы боли успокаивались в течение первых часов после введения альвостаза в лунку, улучшались самочувствие и сон. Альвостаз-губка, являясь биологическим (тампоном) материалом, плотно заполняла лунку. Гиперемия и отек десны уменьшались более интенсивно (3–5-е сутки) по сравнению с 1-й группой больных. У 24 пациентов на 5–7-е сутки определялась полная ретракция десны и начало краевой эпителизации. У 12 больных, которым в лечении применяли альвостаз в виде тампон-нитей, клиническая картина была аналогичной, но лунка заполнялась грануляциями к 7–10-м суткам.

Из 64 больных 3-й группы по нашей просьбе для контроля явились лишь 37. 34 пациента жалоб не предъявляли, в лунке определялся полноценный сгусток крови и нормальное вторичное заживление раны. 3 больных жаловались на ноющую боль в послеоперационной ране, которая появилась спустя сутки после сложного удаления зуба, болезненное открывание рта. Лунка находилась под организовавшимся сгустком крови, десна была отечна по краю, гиперемирована, активного воспаления не было. У этих больных после проведенной обработки полости рта антисептиками, физиолечения боли успокоились и наблюдалось нормальное заживление раны. Развитие альвеолита не выявлено.

При использовании альвожила и альвостаза токсические и аллергические реакции не выявлены, больные нормально переносили их небольшой специфический запах.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что альвостаз наряду с кровоостанавливающим оказывает ранее выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие по сравнению с альвожилом. Применение альвостаза позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с альвеолитами и использовать его с профилактической целью. Применение отечественного препарата альвостаз, который в три раза дешевле импортного альвожила, экономически оправданно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калужская С.М. Профилактика и лечение альвеолитов с использованием магнито-лазерной терапии // Современные технологии в стоматологии: сб. научн. тр. /Под ред. проф. Л.М. Цепова. – Смоленск: СГМА, 1998. – С. 65–67.
2. Петроченкова Г.Г. Применение альгипора в лечении альвеолита //Актуальные проблемы стоматологии: сб. научн. тр. /Под ред. проф. А.Г. Шаргородского. – Смоленск: СГМА, 1997. – С. 100–103.

УДК 616.716.8-018.46.-002

ЛУЧЕВОЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Руцкий Н.Ф., Боровой В.Н., Руцкий А.Н.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;
ОГУЗ «Смоленская областная клиническая больница»

RADIATION OSTEOMYELITIS OF JAWS

Rutskij N.F., Borovoj V.N., Rutskij A.N.

The Smolensk State Medical Academy;
The Chair of Surgical Stomatology and Maxillofacial Surgery
The Smolensk District Hospital

Изучены результаты лечения 24 больных с лучевым остеомиелитом челюстей по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы. Предложены рекомендации по профилактике лучевого остеомиелита челюстей.

Ключевые слова: лучевой остеомиелит челюстей, лечение, профилактика.

The results of treatment of 24 patients with jaw radiation osteomyelitis were studied on the data of the Maxillofacial Department of the Smolensk District Hospital. Recommendations on prevention of jaw radiation osteomyelitis were suggested.

Key words: jaw radiative osteomyelitis, treatment, prevention.

В клинической онкологии лучевой метод является одним из распространённых методов лечения онкологических больных. Около 70% онкологических больных получают лучевую терапию либо в виде основного, либо адъювантного, либо паллиативного метода лечения. Усовершенствование существующих и разработка новых источников излучения позволяют всё в большей степени щадить окружающие опухоль здоровые ткани. Однако массивное облучение тканей и в настоящее время создаёт риск лучевого повреждения органов и тканей.

К лучевым повреждениям челюстных костей относятся остеопороз, остеонекроз, лучевой остеомиелит. По данным М.С. Бардычева, они встречаются у 5% больных, которым проводилась дистанционная лучевая терапия злокачественных опухолей языка и слизистой оболочки полости рта. Лучевой остеомиелит челюстей развивается в результате проникновения микроорганизмов через корневые каналы разрушенных зубов, пародонтальные карманы, изменённую слизистую оболочку альвеолярных отростков челюстей.

Лечение больных с лучевыми остеомиелитами челюстей является весьма трудной задачей. Количество их не уменьшается. Более того, можно прогнозировать увеличение числа таких пациентов в связи с ростом заболеваемости населения раком слизистой оболочки полости рта и языка.

Целью настоящей работы явилось изучение результатов лечения больных с лучевым остеомиелитом челюстей.

Материал и методы исследования. С 2005 по 2009 год в отделении челюстно-лицевой хирургии

Смоленской областной клинической больницы находилось 24 больных с лучевым остеомиелитом челюстей. Пациенты тщательно обследовались, проводилось рентгенологическое исследование, компьютерная томография. В сомнительных случаях для исключения рецидива опухоли осуществлялось патогистологическое исследование. Большинство больных госпитализировалось в отделение по 2–3 раза в год. Хирургическое лечение проводилось по показаниям под общим обезболиванием.

Результаты исследования и их обсуждение

У больных с лучевым остеомиелитом челюстей при поступлении отмечалось тяжёлое общее состояние, снижение веса. Выраженным был болевой компонент. В ряде случаев имело место нагноение в мягких тканях, ограничение открывания рта, визуально определялись участки некротизированной кости. Лучевые повреждения челюстей возникали у больных после лечения рака языка или слизистой оболочки полости рта. Как правило, им проводилось химиолучевое лечение по радикальной программе. У 22 пациентов отмечалось повреждение нижней челюсти, её тела. И только в двух случаях мы наблюдали лучевой остеомиелит верхней челюсти.

Диагностика лучевого остеомиелита не представляет больших трудностей, особенно если выражены клинические и рентгенологические признаки и имеются сведения о проведённом лечении по поводу основного заболевания. При изучении анамнеза заболевания установлено, что у большинства больных после лучевой терапии проводилось удаление зуба через 1–2 года после облучения.

Комплексное лечение пациентов с лучевым остеомиелитом челюстей включало антибиотикотерапию, дезинтоксикационное лечение, назначались препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологические свойства крови, парентеральное питание. После консультации отоларинголога проводилась общая гипербарическая оксигенация. Местно применялись антисептики, излучение гелий-неонового лазера. По показаниям проводились хирургические вмешательства: вскрывали гнойные очаги в окружающих мягких тканях, удаляли подвижные зубы, сглаживали острые костные края.

Указанные мероприятия приводили к стабилизации местного патологического процесса, улучшению общего состояния пациентов. Однако выздоровления ни у одного больного мы не отмечали. Больные нуждались в проведении повторных курсов лечения.

Несмотря на неоднократно проведенную терапию, местный патологический процесс у всех больных продолжал медленно прогрессировать. Отчаявшись, больные соглашались на радикальное хирургическое вмешательство.

Приводим одно из наших наблюдений.

Больной П., 1937 года рождения, ИБ № 4445, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ 10.03.2004 г. По поводу рака слизистой оболочки мягкого неба $T_2N_0M_0$ 1,5 года назад получил полный курс химиолучевого лечения. В результате проведенной терапии первичная опухоль резорбировалась. Спустя год после окончания лечения по месту жительства был удален первый моляр верхней челюсти на стороне локализации опухоли. В последующем развился лучевой остеомиелит верхней челюсти.

При поступлении общее состояние пациента тяжёлое, отмечалась кахексия, субфебрильная температура тела, сведение челюстей. В полости рта, по переходной складке, на твёрдом нёбе, имелись свищи со скудным гнойным отделяемым, участки некроза верхней челюсти справа.

После обследования и подготовки больного под общим обезболиванием в результате рассечения нижней губы по средней линии и откидывания полнослойного лоскута создан доступ к бугру верхней челюсти, удалены костные секвестры, грануляции, отсечена частично некротизированная медиальная крыловидная мышца. После операции отмечалось улучшение общего состояния пациента, нормализовалась температура тела, стал шире открываться рот. В последующем по поводу дефекта твёрдого нёба было проведено ортопедическое лечение.

У 22 больных отмечался лучевой остеомиелит нижней челюсти преимущественно в боковых отделах её тела. Лучевого остеомиелита беззубой нижней челюсти мы не наблюдали. При патологических переломах нижней челюсти, наметившейся секве-

страции проводили резекцию нижней челюсти без замещения костных дефектов. Функциональные и эстетические расстройства у пациентов в результате резекции нижней челюсти были более выражены, чем у больных после хирургического вмешательства на верхней челюсти.

В качестве иллюстрации приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной М., 1950 года рождения, ИБ№ 164, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ 7.01.2008 г. В 2006 году закончил полный курс химиолучевой терапии рака слизистой оболочки полости рта $T_2N_0M_0$. Первичная опухоль резорбировалась. Спустя год развился лучевой остеомиелит тела нижней челюсти слева, а затем справа. Трижды проводилось консервативное лечение, но оно было безуспешным.

18.01.2008 г. под общим обезболиванием была произведена резекция нижней челюсти от угла её слева до угла справа с сохранением краевых ветвей лицевых нервов. Послеоперационное течение было гладким, раны зажили первичным натяжением. В настоящее время больной жив, является инвалидом I группы, находится на динамическом наблюдении.

Таким образом, лучевые повреждения челюстей, калечащие хирургические вмешательства снижают качество жизни пациентов, излеченных от рака. В профилактике лучевого остеомиелита челюстей важное место должно отводиться тщательной санации полости рта у больных раком слизистой оболочки полости рта и языка перед началом радикального лечения, поиску новых и совершенствованию применяемых методик лучевого воздействия на ткани организма. В некоторых работах ставится вопрос об удалении зубов в зоне лучевого воздействия, поскольку у пациентов, перешагнувших 2–3–5-летний рубеж, облучённые зубы в результате некроза твёрдых тканей теряют всякую функциональную и эстетическую ценность. Коронки их изменяются в цвете, нередко отламываются у шеек. Такие зубы являются источниками инфекции, увеличивая тем самым возможность развития лучевого остеомиелита челюстей. Очевидно, вопрос этот требует обстоятельной дискуссии с участием широкого круга специалистов.

Развитию лучевого остеомиелита челюстей нередко способствует также удаление зубов в зоне облучения. Возникающая травма тканей является входными воротами для проникновения микроорганизмов. В таких случаях удаление зуба должно быть особенно щадящим, на лунку накладываются швы, назначаются антибактериальные препараты, антисептические полоскания. Если больной не отказывается от госпитализации, то удаление зуба предпочтительнее проводить в условиях стоматологического стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. Местные лучевые повреждения. – М., Медицина, 1985. – С.144-152.

УДК 616.316.-006

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Руцкий Н.Ф., Забелин А.С., Боровой В.Н., Самусенко Е.Г.
 ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;
 ОГУЗ «Смоленская областная клиническая больница»

TUMOURS OF THE SALIVARY GLANDS

Rutskij N.F., Zabelin A.S., Borovoj V.N., Samusenko E.G.
 The Smolensk State Medical Academy;
 The Smolensk District hospital

Изучены результаты хирургического лечения 68 больных с новообразованиями слюнных желез по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы, а также данные цитологического и патогистологического исследований опухолей. На основании полученных данных предложены рекомендации по обследованию и хирургическому лечению пациентов со смешанными опухолями околоушных слюнных желез.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли слюнных желез, смешанная опухоль околоушной слюнной железы, лечение.

Results of surgical treatment of 68 patients with neoplasms of salivary glands according to findings of the Maxillofacial Surgery Department of the Smolensk District Hospital and also those of cytologic and pathohistologic tumours examination. On the basis of obtained data recommendations on examination and surgical treatment of patients with mixed parotid salivary glands tumours.

Key words: benign tumours of the salivary glands, mixed tumour of the parotid salivary gland, treatment.

Опухоли слюнных желез составляют до 5% всей онкологической патологии [2]. В большинстве случаев они развиваются в больших слюнных железах, чаще в околоушных и носят доброкачественный характер. Среди опухолей малых слюнных желез преобладают злокачественные [1]. Многообразие гистологических форм новообразований слюнных желез, особенности клинического течения, трудности морфологической интерпретации пункционного, биопсийного и операционного материалов побуждают клиницистов периодически возвращаться к этой проблеме, анализировать результаты лечения.

До 2002 года все больные с опухолями слюнных желез получали лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы. После реорганизации онкостоматологической помощи пациенты с установленным диагнозом злокачественной опухоли слюнных желез лечились в онкологическом отделении СОКБ. Остальные больные госпитализировались в отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ.

Целью настоящего исследования является изучение результатов хирургического лечения больных с опухолями слюнных желез, а также результатов морфологической верификации до- и послеоперационного материалов.

Материал и методы исследования

За последние 5 лет в отделении челюстно-лицевой хирургии СОКБ лечились 68 больных с новообразованиями слюнных желез. В стационаре все пациенты обследовались, проводилось УЗИ слюнных желез, цитологическое или патогистологическое исследования. Оперативные вмешательства у больных осуществлялись под эндотрахеальным наркозом. Операционный материал подвергался патогистологическому исследованию.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 68 больных мужчин было 17 человек, женщин – 51. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Возраст, пол	до 20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71–80	Всего
М	—	2	5	2	4	2	2	17
Ж	3	4	9	9	12	8	6	51

В зависимости от диагноза и локализации опухоли больные распределялись следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Диагноз	Околоушная слюнная железа		Подчелюстная слюнная железа		Подъязычная слюнная железа	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Смешанная опухоль	12	35	4	4		
Киста железы		2		1		
Ранула						3
Аденокарцинома		1				
Мукоэпидермоидный рак	1	2				
Аденокистозный рак		1		1		
Ретенционная киста		1				

Из новообразований больших слюнных желез в большинстве случаев встречалась смешанная опухоль. Из 55 больных у 47 она локализовалась в околоушной слюнной железе. При хирургическом лечении опухолей поднижнечелюстной слюнной железы стандартным является экстирпация железы вместе с опухолью. Это вмешательство является радикальным, ни у одного больного не было рецидива опухоли. При удалении же опухолей околоушной слюнной железы у трех пациентов были отмечены рецидивы смешанной опухоли. Они возникли в группе больных, которым проводилась энуклеация опухоли. У тех пациентов, которым осуществлялась субтотальная резекция или экстирпация железы с сохранением ветвей лицевого нерва, рецидивы опухоли не наблюдались. В послеоперационном периоде осложнений воспалительного характера у больных не было. Пациенты, у которых после патогистологического исследования операционного материала была установлена злокачественная опухоль, переводились в онкологическое отделение для дальнейшего лечения.

Изучая результаты патогистологического исследования операционного материала, следует отметить, что у 7 больных имело место несовпадение диагнозов. У них был установлен диагноз злокаче-

ственная опухоль слюнной железы. Перед оперативным вмешательством им проводилось цитологическое исследование пунктата опухоли. У одной пациентки морфологическая интерпретация была настолько сложной, что окончательное решение стало возможным после консультации в ОНЦ.

Таким образом, из доброкачественных новообразований слюнных желез преобладает смешанная опухоль с преимущественной локализацией в околоушной слюнной железе. Учитывая сложность морфологической интерпретации новообразований слюнных желез, меньшую информативность результатов цитологического исследования, оправданным является проведение во всех случаях патогистологического исследования биопсийного материала перед хирургическим вмешательством. Общеизвестно, что смешанные опухоли обладают мультицентричным ростом и в ряде случаев не имеют оболочки на определенных участках. Поэтому для профилактики рецидивов смешанной опухоли околоушной слюнной железы показаны более радикальные, чем энуклеация опухоли, хирургические вмешательства – субтотальная резекция или же экстирпация железы с сохранением ветвей лицевого нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вей В. Опухоли слюнных желез //Современные аспекты хирургии и онкологии головы и шеи: мат. конф., 16-18 октября, 2008. – М., 2008. – С. 29-33.
2. Любаев В.Л. Опухоли слюнных желез //Опухоли головы и шеи: мат. конф., 13-16 апреля, 1993. – М., 1993. – С. 67-72.

УДК 614.23:318.661.001.8

РОЛЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Рыжова И.П., Копытов А.А., Перуцкая Т.В.

ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет»

ROLE OF RESEARCH WORK IN PROFESSIONAL TRAINING OF FUTURE DOCTORS

Rizhova I.P., Kopitov A.A., Perutskaya T.V.

The Belgorod State University

Кафедральная научно-исследовательская деятельность имеет огромное значение в решении разнообразных учебно-воспитательных задач, которые стоят перед современной высшей школой. Актуальным остаётся создание условий для вовлечения в клиническую и поисковую деятельность молодых специалистов для их совместной работы с профессиональными исследователями.

Ключевые слова: исследования, студенты, качество услуг.

Chair's research work is of great importance in solving different educational problems which modern higher school faces. It is still urgent to create conditions for involving young professionals into clinical and research activity, for their cooperation with professional researchers.

Key words: researches, students, quality of services

Стоматология как специальность в настоящее время является одной из самых быстро и динамично развивающихся отраслей медицины. В современных условиях развития общества к специалистам практического здравоохранения предъявляются все более высокие профессиональные требования. Главным и основным вопросом в вузе является подготовка высококвалифицированного специалиста, востребованного как в настоящее время, так и в перспективе на будущее, ибо настоящим студентам предстоит решать сложные перспективные задачи потенциала новейших технологий и научного прогнозирования, компьютерного моделирования различных ситуаций в медицине. Современный врач должен владеть комплексом умений, который далеко не всегда формируется только в учебном процессе.

Обучение – процесс двухсторонний. Поэтому его качество зависит как от дидактического совершенства работы педагогов, так и от отношения студентов к учебному процессу и уровня их познавательной активности. Только это сочетание высокой научной содержательности и методического мастерства преподавателя с грамотным стимулированием исследовательской деятельности студентов создает надежную основу для глубокого и прочного овладения ими изучаемых дисциплин.

Важнейшим элементом профессионализма преподавателей высшей школы является научная деятельность. И настоящий интерес к научно-исследовательской работе у студентов возникает тогда,

когда этой работой руководит человек, увлеченный научным поиском. Общепринято, что профессионализм складывается из единства и взаимосвязи профессиональной деятельности, профессионального сознания, профессиональной общности. Профессионализм преподавателя высшей медицинской школы проявляется в его роли педагога, специалиста в своей области. Преподаватель-профессионал, активно занимающийся научной работой, умеет расставлять в своей деятельности приоритеты и способен научить этому студента.

Нужно признать, что процесс совместной научной деятельности является пока недостаточно широко используемым ресурсом в развитии профессиональной подготовки студентов-медиков. К сожалению, распространенный в настоящее время и в большей степени принудительный вариант выполнения УИРСа в виде написания докладов, реферативных сообщений, создания наглядных таблиц, написания фрагментов научных обзоров и т. д. не достигает основной своей цели, так как эта работа будет выполнена плохо, без желания и внутренней готовности, отнимает у него время и силы понапрасну.

«Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку» – эти слова известного русского врача М.Я. Мудрова актуальны сегодня, как никогда, в связи с постоянным притоком на стоматологический рынок инновационных технологий.

Талант педагога заключается в умении предложить студенту задуматься о выборе своей профессии,

дав свободу выбора темы научно-исследовательской работы студенту (УИРС), оценив его желания, интерес и личные возможности.

Медицинское образование характеризуется не только более продолжительным обучением, но и большей насыщенностью учебного материала из разных областей науки, что требует более обоснованного подхода ко всем этапам учебного процесса. Важность подготовки думающего врача, творчески подходящего к каждому пациенту, диктует необходимость более широкого использования активных и научных форм обучения, чем в вузах другого профиля.

Приоритет и важность научной деятельности объясняется многими положительными факторами. В процессе научного исследования происходит обучение на уровне личных контактов между преподавателем и студентом. Система обучения «от руки к руке» исторически зарекомендовала себя как одна из лучших. В ней передаются секреты профессионального мастерства: техники мануальных манипуляций, искусство общения и диалога с больным, методы исследования, культура и стандарты клинического мышления и т. п.

Каждый преподаватель, который руководит деятельностью студентов в рамках научного студенческого кружка или общества, имеет свою научную тему, свой собственный круг научных интересов. Это значит, что и его студенты будут работать над этой же проблемой, что появится высокая степень опосредованности межличностных отношений через совместную деятельность. А это дает огромные преимущества в развитии профессиональных умений.

Студент, ориентированный на конкретного педагога, приобретает черты специалиста уже в стенах вуза, глубже развивает способность к самообучению, способность принимать решения. У него развивается профессиональное самосознание, творческое мышление, мотивация к познавательной деятельности, открывается возможность расширить свои представления о специальности, ее многообразии, о методах

ее исследования. Работа по поиску нужных сведений развивает у будущих врачей способность быстро ориентироваться в огромных потоках информации, выбирая главное и отсекая второстепенное.

Научно-исследовательская работа у студентов развивает умение самостоятельно организовывать и структурировать время, осуществлять планирование собственной деятельности с учетом дальних и близких целей. Практика показывает, что у тех студентов, которые в течение многих лет занимались научно-исследовательской работой, отмечается положительная динамика организаторских способностей, проявляющаяся в умении организовать группы для проведения эксперимента, собрать необходимый материал, привлекать в случае необходимости помощников из числа своих однокурсников. Безусловно, этот опыт окажется очень полезным в непосредственной будущей практической деятельности врача. Замечено, что подавляющее большинство преподавателей медицинских вузов являются бывшими кружковцами, в годы учебы активно занимавшимися научно-исследовательской работой.

Для будущих специалистов особенно актуально развитие необходимых в профессиональной деятельности врача нравственно-психологических качеств личности, таких как гуманность, ответственность, профессиональная компетенция, эрудиция, верность науке, принципам, учителю.

Методология преподавания стоматологических дисциплин в рамках УИРС предусматривает возможность заканчивать каждый цикл занятий соответствующей конференцией, где студенты выступают в качестве докладчиков, оппонентов, активных участников дискуссии.

Таким образом, мы видим задачи кафедры стоматологии в том, чтобы обогатить учебный процесс на современном научном и педагогическом уровне, интегрировав все возможности данного направления деятельности, что позволит добиваться новых результатов в повышении качества медицинского образования при подготовке специалистов.

УДК 616.314-089.28-08

МЕТОДИКА ПОДГОТОВКИ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА К ЛЕЧЕНИЮ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Рыжова И.П., Милова Е.В., Саливончик М.С., Маревский И.О.
ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет»

TECHNIQUE OF PROSTHETIC BED TISSUES PRETREATMENT WITH REMOVABLE DENTURE

Ryzhova I.P., Milova E.V., Salivonchik M.S., Marevskij I.O.
The Belgorod State University

В статье рассматривается методика подготовки тканей протезного ложа к лечению съемными конструкциями зубных протезов, проводится оценка их эффективности.

Ключевые слова: протезное ложе, съемные зубные протезы.

Technique of prosthetic bed tissues pretreatment is taking into consideration in the article. It is performed before removable dental prosthesis treatment. Assessment of their effectiveness is made.

Key words: prosthetic bed, removable dental prosthesis.

Сохранение максимально возможного объема костной ткани челюстей является одним из важных условий для успешного проведения современных методов ортопедического лечения. Атрофированные участки альвеолярного отростка и альвеолярной части служат относительным противопоказанием при использовании имплантатов из-за дефицита расстояния до важных анатомических образований, нарушают эстетические показатели при протезировании несъемными конструкциями, а также затрудняют лечение съемными протезами, которые до сих пор остаются достаточно востребованными пациентами [2, 4]. По данным научной литературы [2, 4, 5], основными причинами развития атрофических процессов в опорных тканях протезного ложа в настоящее время продолжают оставаться заболевания пародонта, как следствие – потеря зубов.

Метаболизм костной ткани тесно связан с механическими нагрузками, которые стимулируют костеобразование. Совершенно очевидно, что при наличии дефектов в зубном ряду механическая нагрузка на альвеолярную кость снижается либо отсутствует вовсе, что способствует прогрессированию атрофии костной ткани от бездействия [1, 4, 5]. Быстрое восстановление функции в этом случае имеет весьма ценное лечебно-профилактическое значение.

С целью ускорения процессов регенерации тканей протезного ложа, сохранения максимально возможного объема и формирования оптимального рельефа костной ткани челюсти в послеоперационной области нами была предложена методика подготовки опорных тканей протезного ложа к ортопедическому лечению.

Материал и методы исследования

Предложенная методика заключается в использовании аутоплазмы крови, обогащенной тромбоцитами, для заполнения послеоперационных дефектов в качестве фактора, стимулирующего регенерацию мягких и костных тканей, в комплексе с наложением временной съемной двухслойной ортопедической конструкции в ранние сроки. Для исследования эффективности предложенной методики были сформированы три группы больных, по 15 человек в каждой.

В первой группе после хирургической санации, связанной с удалением зубов или их корней, проводилось отсроченное ортопедическое лечение по мере заживления послеоперационного дефекта. Во второй группе на этапе хирургической санации применяли аутогенную плазму, обогащенную тромбоцитами и белками фибриновой группы, и на следующие сутки на послеоперационный дефект накладывали временный съемный пластиночный протез с жестким базисом. Третью группу составили пациенты, которым на следующие сутки после оперативного вмешательства с использованием аутогенной плазмы накладывали временный съемный пластиночный протез с эластичным слоем.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе клинического обследования у пациентов первой группы в послеоперационном периоде в течение первых 2–4 суток, как правило, отмечалась умеренная болезненность в области послеоперационного дефекта. Болезненность при воздействии жевательной нагрузки сохранялась практически до полной эпителизации постэкстракционной раны, которая наблюдалась на 7–9-й день.

Пациенты второй группы отмечали незначительную болезненность под жестким базисом временно-го протеза при воздействии жевательной нагрузки. Последняя, как правило, исчезала после коррекции протеза. Эпителизация раневой поверхности наступала на 5–6-е сутки.

У большинства пациентов третьей группы болевой синдром отсутствовал. Кроме того, пациенты отмечали удобство и быструю адаптацию к временным съемным двухслойным протезам. Эпителизация раневой поверхности наступала на 3–4-е сутки.

Для объективного изучения динамики воспалительных состояний слизистой оболочки протезного ложа в области послеоперационного дефекта при-

менялась усовершенствованная методика макрогистохимического исследования. При этом для окрашивания зоны воспаления использовали раствор Шиллера – Писарева, а количественный анализ выявленных зон проводили с использованием компьютерной программы «Image Tool», которая позволяет с максимальной точностью высчитать площадь любой геометрической фигуры.

Данное исследование проводили в сроки на 2, 5, 7-е и 14-е сутки после оперативного вмешательства. При этом для каждой группы определяли среднее суммарное значение воспалительной реакции.

Анализ полученных данных выявил следующую динамику (рис. 1).

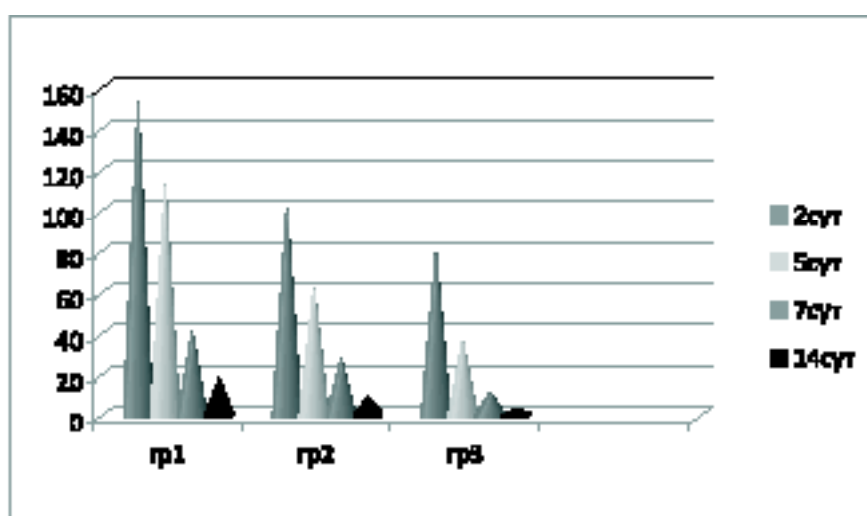


Рис. 1. Результаты макрогистохимического исследования у пациентов разных исследуемых групп

На следующие сутки у всех пациентов в 100% случаев были выявлены зоны острого и хронического воспаления. При этом наблюдалось значительное преобладание интенсивного буро-фиолетового оттенка, что указывает на наличие острой воспалительной реакции. Динамика воспалительной реакции была минимальна у пациентов третьей группы.

Вывод

Анализ данных клинического обследования и макрогистохимического исследования позволяет гово-

рить о том, что сроки эпителизации раневой поверхности, степень болевой реакции, а также воспалительная реакция были минимальны у пациентов третьей группы. Это подтверждает эффективность лечебно-профилактических мероприятий, включающих использование аутоплазмы и раннего протезирования с помощью временных конструкций съемных протезов, и способствует эстетической, социальной и нравственной реабилитации пациентов после оперативного вмешательства на этапах ортопедического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе. – М., 1979. – 194 с.
2. Григорьян А.С., Воложин А.И., Агапов В.С., Белозеров М.Н., Дробышев А.Ю. Остеопластическая эффективность различных форм ГА по данным экспериментально-морфологического исследования // Стоматология. – 2000. – №3. – С. 4-8.
3. Каливрадзян Э.С., Лесных Н.И., Калиниченко Т.П., Маликов И.М., Мутафян М.И., Степанов Н.Н. Непосредственные протезы в комплексном лечении заболеваний пародонта: Методические рекомендации. – Воронеж, 1997. – 32 с.
4. Леонтьев В.К. Биологические активные синтетические кальцийфосфатсодержащие материалы для стоматологии // Стоматология. – 1996. – №5. – С. 72-73.
5. Лосев Ф.Ф., Жарков А.В., Дмитриев В.М. Костная пластика с применением мембран: показания к применению, возможные ошибки и нарушения принципа действия направленной тканевой регенерации // Стоматология. – 2002. – №6. – С. 27-30.

УДК 616.314-002.4-039.71

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

Саленков В.Г., Живанкова У.Ф., Канаева Л.Ф., Артеменкова Г.Н.
МЛПУ «Детская стоматологическая поликлиника»

FOLLOW-UP STUDY OF THE ORPHANS AND CHILDREN WITHOUT PARENTAL CARE SUPPORTED BY THE NATIONAL PROJECT «HEALTH»

Salenkov V.G., Zhivankova U.F., Kanayeva L.F., Artemenkova G.N.
The Smolensk Children's Stomatologic Out-Patient Department

Во исполнение Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.04.2008 № 183н «О проведении в 2008–2010 годах диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» с 2008 года в Смоленской области проводится диспансеризация этого контингента детей. Целью проведения данной диспансеризации является раннее выявление и профилактика заболеваний. Оценка результатов осмотров за 2 года, проведенных врачами-стоматологами детскими МЛПУ «Детская стоматологическая поликлиника», свидетельствует о высокой стоматологической заболеваемости и нуждаемости в санации полости рта детей-сирот Смоленской области и детей, оставшихся без попечения родителей, и целесообразности разработки программы по совершенствованию стоматологической помощи детям Смоленской области.

Ключевые слова: диспансеризация, дети-сироты, стоматология.

According to the order of the Ministry of Health and Social Care of the Russian Federation issued 21 April 2008 № 183n «The follow-up study of the orphans and children without parental care in 2008-2010», the Smolensk Region has been participating in follow-up study of these children since 2008. The main aim of this study is to prevent and diagnose diseases. The results of examination carried out by the dentists of the «The Smolensk Children's Stomatologic Out-Patient Department» within the period of two years prove the high disease rate and the necessity of sanitation among orphans and children without parental care of the Smolensk Region. It also shows the necessity to work out the special Program to improve the quality of the dental care provided for children.

Key words: follow-up study, orphans, dentistry.

Диспансеризация – это динамическое наблюдение пациента с индивидуальной кратностью посещений врача, профилактикой и лечением, обусловленным состоянием его здоровья. В детской стоматологии этот метод существует достаточно давно [1]. Согласно Концепции организации системы профилактики основных стоматологических заболеваний детского населения России [3], диспансерному наблюдению подлежат:

- 1) беременные женщины;
- 2) дети, родившиеся недоношенными, а также от матерей, имеющих психосоматические и инфекционные заболевания;
- 3) дети, перенесшие в период новорожденности и в грудной период болезни крови, легких, рахит, инфекционные и гнойно-септические заболевания;
- 4) дети и подростки, предрасположенные к кариесу вследствие снижения у них резистентности органов полости рта к данной патологии;

5) дети и подростки с множественным кариесом (5 и более зубов), с сочетанными стоматологическими заболеваниями, тяжелыми формами некариозных поражений, аномалиями и деформациями органов ЧЛО, последствиями травм, имеющие аномалии и деформации прикуса, с нарушениями функций зубочелюстного аппарата, болезнями и патологией ВНЧС, заболеваниями пародонта, слизистой оболочки полости рта;

6) дети и подростки с психосоматическими заболеваниями, генетически обусловленными синдромами и болезнями, ВИЧ-инфицированные.

Согласно оценке демографических показателей, в структуре детского населения России около 700–800 тыс. детей-сирот, включая группу социально незащищенных детей, от которых отказались родители. Такое негативное состояние демографических процессов, имеющих место в стране на протяжении

15 лет, создает необходимость проведения диспансеризации этого контингента детей.

Во исполнение Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.04.2008 № 183н «О проведении в 2008–2010 годах диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» с 2008 года в Смоленской области проводится диспансеризация этого контингента детей.

Цель исследования – изучение состояния органов полости рта и нуждаемости в стоматологической помощи детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Смоленской области.

Материал и методы исследования

В соответствии с Порядком проведения диспансеризации (Приложение № 1 к Приказу МЗ и СР РФ от 21.04.2008 № 183н) врачи 11 специальностей, включая врача-стоматолога детского, проводили осмотры детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте от 0 до 17 лет включительно на базах детских поликлиник, а также непосредственно в школах-интернатах. Результаты осмотров детей вносились врачами-специалистами в медицинскую карту ребенка, а также карту диспансеризации. Врач-педиатр на основании заключений врачей-специалистов и результатов параклинических исследований выносил заключения о состоянии здоровья детей, распределял их по группам здоровья и давал рекомендации по дополнительному обследованию и

лечению. Следует отметить, что дополнительное обследование детей в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с целью установления диагноза и (или) проведения соответствующего лечения не входит в объем данной диспансеризации детей.

Участие сотрудников МЛПУ «Детская стоматологическая поликлиника» в диспансеризации было обусловлено отсутствием сертифицированных специалистов по детской стоматологии в специализированных учреждениях стационарного типа Смоленского, Демидовского Кардымовского, Починковского районов Смоленской области и города Смоленска. Клиническое обследование пациентов проводилось по общепринятым методам. Полученные данные проанализированы, систематизированы и сведены в таблицу.

Результаты исследования и их обсуждение

За два года сотрудниками МЛПУ «Детская стоматологическая поликлиника» было осмотрено 2587 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Распространенность кариеса у этих детей составила 79,5%. В санации полости рта нуждались 1446 человек (54% детей в 2008 году и 57% – в 2009 году (табл. 1). Распространенность кариеса постоянных зубов у подростков, обучающихся в профессиональных училищах г. Смоленска, составила 92,4%, а интенсивность КПУ – 7,9 (К-5,4; П-2,2; У-0,3), что в 2,1 раза выше, чем у подростков, обучающихся в средних общеобразовательных школах, имеющих стоматологические кабинеты [5].

Таблица 1. Нуждаемость в санации полости рта детей-сирот

№	Название учреждения	Осмотрено		Здоровые		Нуждающиеся в санации	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009
1	Спецшкола-интернат (пос. Прудки)	95	92	17 (18%)	16 (17%)	66 (69%)	60 (65%)
2	Профучилище № 29 (г. Починок)	–	81	–	6 (7%)	–	67 (83%)
3	Школа-интернат (г. Демидов)	117	137	26 (22%)	30 (22%)	72 (62%)	87 (64%)
4	Школа-интернат (п. Шаталово)	102	24	14 (14%)	2 (8%)	71 (70%)	18 (75%)
5	Лицей (г. Демидов)	43	–	5 (12%)	–	34 (79%)	–
6	Кадетский корпус (г. Смоленск)	300	317	41 (14%)	45 (14%)	113 (38%)	149 (47%)
7	Школа для глухих (г. Смоленск)	48	45	11 (23%)	12 (27%)	24 (50%)	23 (51%)
8	Школа-интернат (г. Смоленск)	63	91	10 (16%)	17 (19%)	40 (63%)	60 (66%)
9	Спецдом ребенка «Красный Бор» (г. Смоленск)	105	89	102 (97%)	87 (98%)	3 (3%)	2 (2%)
10	Профучилище № 22 (г. Смоленск)	100	67	3 (3%)	6 (1%)	72 (72%)	33 (49%)

№	Название учреждения	Осмотрено		Здоровые		Нуждающиеся в санации	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009
11	Профучилище № 18 (г. Смоленск)	79	75	2 (3%)	2 (3%)	73 (92%)	69 (92%)
12	Школа-интернат (пос. Кардымово)	–	181	–	27 (15%)	–	64 (35%)
13	Центр «Улыбка» (г. Смоленск)	–	17	–	3 (18%)	–	14 (82%)
14	Прочие (неорганизован.)	131	198	37 (28%)	9 (5%)	71 (54%)	161 (81%)
	ВСЕГО	1 183	1404	268 (23%)	262 (17%)	639 (54%)	807 (57%)

Таким образом, в результате проведенных профилактических осмотров данного контингента детей выявлены высокие показатели распространенности, интенсивности кариеса зубов и нуждаемости в санации полости рта. А так как в программе диспансеризации не предусмотрено финансовое обеспечение лечебно-профилактической помощи данной группе детей, необходимо разработать территориальную программу по совершенствованию стоматологической помощи детям Смоленской области, включаю-

щую в себя не только мероприятия по выявлению стоматологической заболеваемости, но также ресурсное обеспечение профилактики и лечения, при условии наличия стоматологических кабинетов, соответствующих лицензионным условиям и требованиям. А при отсутствии врачей-стоматологов детских на местах предусмотреть оказание стоматологической помощи детям-сиротам сотрудниками МЛПУ «Детская стоматологическая поликлиника» на договорной основе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога /2-е изд., перераб. и доп. (Важнейшие вопросы стоматологии). – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
2. Концепция развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года.
3. Организация системы профилактики основных стоматологических заболеваний детского населения России. Концепция /А.А. Кулаков, В.Т. Шестаков, А.Г. Колесник и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 96с.
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.04.08 № 183н «О проведении в 2008-2010 годах диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».
5. Саленков В.Г., Живанкова У.Ф., Дубова И.С., Ларионова Т.Ф. Динамика стоматологической заболеваемости детей города Смоленска //Вестник Смоленской медицинской академии. – 2008. – № 2. – С. 127 – 129.

УДК 616.31-085.9-053

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Серикова О.В.

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

MODERN METHODS OF LOCAL ANESTHESIA IN THERAPEUTIC STOMATOLOGY

Serikova O.V.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

За последние годы произошли значительные изменения в инструментальном обеспечении местной инъекционной анестезии в стоматологии. Это позволяет проводить обезбоживание, используя современные методы, гарантирующие его высокую эффективность и безопасность.

Ключевые слова: устройство «WAND», системы «SleeperOne», «QuickSleeper».

During the last years there were considerable changes in instrumental maintenance of local anesthesia in stomatology. It allows to carry out anaesthesia, applying modern methods guaranteed its high efficiency and safety.

Key words: device «WAND», system «SleeperOne», system «QuickSleeper».

Лечение кариеса и других заболеваний зубов (особенно пульпита и периодонтита), как правило, сопровождается болевыми ощущениями большей или меньшей интенсивности. Поэтому обезбоживание при стоматологических манипуляциях является одной из актуальных проблем терапевтической стоматологии. Оно позволяет устранить боль во время лечения, уменьшив страх больного перед стоматологическими процедурами. Адекватное обезбоживание значительно улучшает состояние больного, что снижает риск развития осложнений. С другой стороны, оно облегчает работу врача, поскольку он может работать увереннее, качественно выполняя необходимый объем вмешательств.

В современной стоматологии обезбоживание – одно из неотъемлемых требований выполнения любой манипуляции. На сегодняшний день наиболее удобным и распространенным способом контроля над болью в условиях терапевтического стоматологического приема остается местная анестезия. Это обусловлено ее относительной безопасностью, сравнительной легкостью и быстротой выполнения.

За последние годы произошли значительные изменения в инструментальном обеспечении местной инъекционной анестезии в стоматологии. Это позволяет проводить обезбоживание, используя современные методы, гарантирующие его высокую эффективность и безопасность.

В терапевтической стоматологии это, в частности, интралигаментарная, интрасептальная, внутрикостная анестезии, позволяющие максимально уменьшить дозу анестетика и снизить риск развития системных осложнений.

Нами используются современные инъекторы, позволяющие выполнять различные виды местной анестезии при проведении терапевтических стоматологических манипуляций.

С помощью автоматизированного устройства «WAND» для местной инъекционной анестезии (рис. 1а) можно выполнять любые виды местной анестезии. Конструктивно он состоит из блока с индикатором управления, ножной педали, с помощью которой производится подача анестетика, сетевого шнура и набора одноразовых систем. В комплект одноразовой системы входят: картридж для стандартной карпулы анестетика, капиллярный удлинитель и палочка с иглой.

Можно отметить следующие особенности этой системы.

1. У больных снижается чувство страха перед инъекцией, так как они не видели перед собой привычной и часто неприятной формы шприца.

2. Этот инъектор позволяет снизить болевые ощущения процедуры за счёт медленной скорости введения анестетика под постоянным давлением, которая задаётся врачом и контролируется автоматически. Кроме того, преимуществами этого шприца являются:

- автоматизация аспирационной пробы;
- медленная подача анестетика под постоянным давлением, контролируемым компьютером;
- точное дозирование количества вводимого анестетика;
- инъекционное устройство имеет удобную нетрадиционную форму, напоминающую ручку;

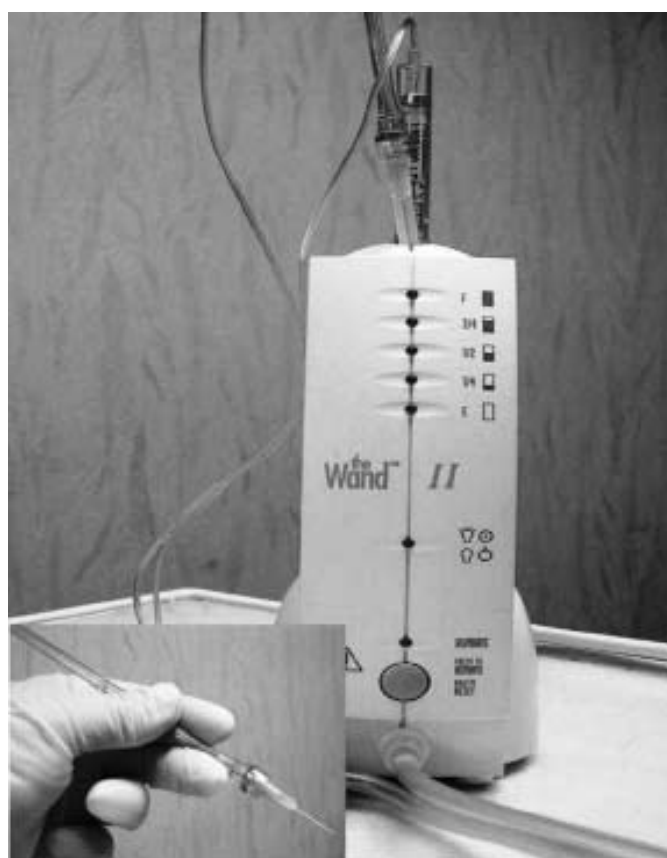
- защита врача от случайного инфицирования, так как врач после инъекции погружает иглу в колпачок, устанавливаемый на приборе.

- одноразовые системы для каждого пациента.

При использовании этой системы повышается эффективность и безопасность местного обезболивания в амбулаторной стоматологической практике (Рабинович С.А., Бабилов А.С., 1999).

Дальнейшая оптимизация манипуляций врача при проведении процедуры инъекции привела к созданию системы «QuickSleeper», разработанной для проведения транскортикальной анестезии (рис. 1б).

Система «QuickSleeper» дает возможность игле вращаться, что и позволяет выполнить этот вид обезболивания. За счет вращения игла легко и быстро проникает сквозь кортикальный слой. Благодаря электронной системе контроля не приходится дополнительно контролировать введение иглы или прилагать какие-либо усилия. Контроль работы осуществляется с помощью педали, что исключает любые случайные движения руки, которые могут спровоцировать боль. Во всех случаях выполняется однократная инъекция. Не происходит избыточное онемение мягких тканей, в том числе губ. Анестезия наступает быстро.



а



б

Рис. 1. а – автоматизированное устройство «WAND»; б – система «QuickSleeper»

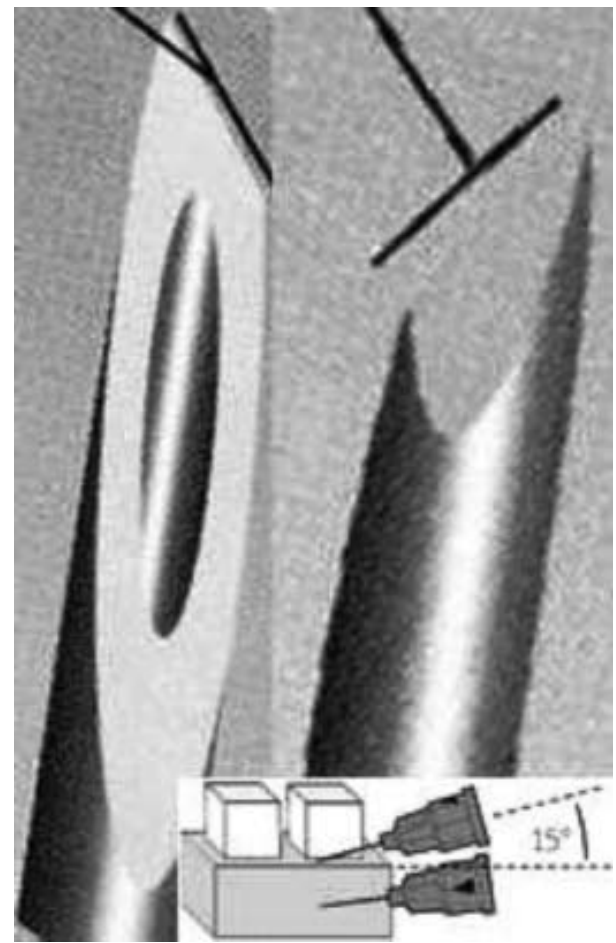
«Transcort-S» – иглы, разработанные специально для транскортикальных инъекций. Особая форма острия с асимметричной заточкой позволяет игле безболезненно проходить через слизистую (иглы «Transcort-S» разрезают слизистую) и легко прокалывать кортикальную кость.

«SleeperOne» – электронная система, оптимизирующая проведение любого типа анестезии (рис. 2а). При работе с этой системой анестетик вводится под

давлением и с правильно подобранной скоростью. Предусмотрен специальный «низкий» режим для работы с детьми. В сочетании с иглами «Intralig-S» эта система является наиболее эффективной для интралигаментарной анестезии. Иглы «Intralig-S» с двойным острием разрезают ткани подобно скальпелю, что делает проникновение иглы абсолютно безболезненным для пациента (диаметр 0,3 мм, длина 9 мм) (рис. 2б).



а



б

Рис. 2. а – электронная система «SleeperOne»; б – иглы «Intralig-S» для интралигаментарной анестезии

Данные системы позволяют врачу работать без напряжения, комфортно, избегая неудач и осложнений, связанных с проведением местной анестезии.

УДК 611.716.4:617.5

АНАТОМИЯ И ТОПОГРАФИЯ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА

Сирак С.В., Копилова И.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

ANATOMY AND TOPOGRAPHY OF THE LOW JAW CANAL

Sirak S.V., Kopilova I.A.

The Stavropol State Medical Academy

В работе исследованы особенности анатомического строения нижнечелюстного канала, обоснованы основные этапы планирования эндодонтического и имплантологического лечения на нижней челюсти.

Ключевые слова: канал, нерв, эндодонтия.

Special features of anatomical structure of the low jaw canal are investigated. The main stages of endodontic and implant treatment of the low jaw are proved.

Key words: canal, nerve, endodonthy.

Из-за опасности повреждения нижнего альвеолярного нерва (НАН) особый интерес для исследования представляет топография нижнечелюстного канала (НК). Изучению отношения НК к щечной и язычной кортикальным пластинкам, корням моляров и премоляров посвящен ряд работ (Davies F., 1967; Ring D., 1968, Schroll 1975; Härle F., 1977; Reich R., 1980). Недавние исследования показали, что анатомия НК более сложна, чем предполагали: в некоторых случаях НАН расположен ближе к медиальной или латеральной кортикальной пластинке, проходит рядом с верхушками корней нижнечелюстных зубов (Solar et al., 1999; Machado C., 2004; Babbush C., 2005).

Цель исследования – изучение особенностей анатомического строения нижнечелюстного канала для обоснования и планирования эндодонтического и имплантологического лечения на нижней челюсти.

Материал и методы исследования

Исследование НК проведено при помощи 7 поперечных распилов идентичных локализаций в 44 нижних челюстях (88 половин). После маркировки альвеолярного края и основания нижней челюсти выполнялись поперечные распилы большим сепарационным диском толщиной 0,5 мм в области ментального (Fme) и нижнечелюстного (Fma) отверстия, угла

нижней челюсти (УНЧ), между молярами (М1, М2, М3) и премолярами (П1, П2). Горизонтальные и вертикальные соотношения различных сторон нижней челюсти к НК определялись по специальной формуле и таблице (Miethke, 1972).

Результаты исследования и их обсуждение

Как показало проведенное исследование, НК, проходя в теле нижней челюсти от нижнечелюстного до ментального отверстия, изгибается S-образно, имеет дополнительные ответвления с отверстиями на теле челюсти и в ретромолярной области, содержащие нервно-сосудистые пучки, а также другие варианты формы – от одного магистрального канала, до 2–4 дополнительных, идущих параллельно основному и заканчивающихся слепо. Начиная свой ход от нижнечелюстного отверстия, НК максимально прилегает к язычной кортикальной пластинке в области третьего и второго моляров, поворачивает на 45° в районе первого моляра, подходит к щечной кортикальной пластинке и под прямым углом выходит из ментального отверстия (табл. 1). S-образную форму канал сохраняет и в вертикальной плоскости (табл. 2), у 25% исследованных челюстей имелся мощный дополнительный канал с отверстием в ретромолярной области, а у 12% – несколько ментальных отверстий (от 1 до 4).

Таблица 1. Толщина кортикальных пластинок нижней челюсти в области нижнечелюстного канала ($M \pm m$) в мм

Распилы	Щечная кортикальная пластинка			Язычная кортикальная пластинка		
	среднее	мин	макс	среднее	мин	макс
Ментальное отверстие	–	–	–	3,62±0,77	1,91±0,34	7,27±2,42
П(1)/П(2)	3,66±0,32	2,47±0,68	5,44±0,32	2,75±0,62	0,82±1,20	4,55±1,72
П(2)/М(1)	4,25±1,21	2,09±1,52	6,09±2,41	2,95±1,21	1,61±1,47	4,54±1,61

Распилы	Щёчная кортикальная пластинка			Язычная кортикальная пластинка		
	среднее	мин	макс	среднее	мин	макс
М(1)/М(2)	4,96±0,85	2,56±2,01	6,40±2,12	2,75±0,35	0,74±0,55	5,17±1,50
М(2)/М(3)	3,59±1,52	1,62±0,38	4,93±2,91	2,08±0,55	1,09±0,35	3,92±2,47
УНЧ	2,85±1,21	1,05±0,92	6,07±1,42	2,45±0,88	1,08±0,62	4,71±1,88
Нижнечелюстное отверстие	3,55±0,49	2,24±1,41	5,57±1,20	–	–	–

Таблица 2. Расстояние от нижнечелюстного канала до альвеолярной части и основания нижней челюсти ($M \pm m$) в мм

Распилы	Альвеолярная часть нижней челюсти			основание нижней челюсти		
	среднее	мин	макс	среднее	мин.	макс.
Ментальное отверстие	2,45±1,45	1,56±0,91	3,56±2,73	2,41±1,57	1,92±0,44	3,05±2,22
П(1)/П(2)	2,42±1,08	1,24±0,42	3,12±1,27	2,09±1,71	0,81±0,62	2,84±1,22
П(2)/М(1)	2,65±1,55	1,31±0,89	1,32±1,25	3,52±1,46	1,44±0,42	3,74±1,28
М(1)/М(2)	2,91±1,28	2,10±1,06	3,96±1,84	1,92±1,54	0,75±0,35	2,55±1,91
М(2)/М(3)	2,35±0,95	1,51±1,37	3,41±0,93	1,75±0,68	1,07±0,43	2,53±1,67
УНЧ	1,92±1,14	0,83±0,51	3,12±2,05	1,63±0,42	1,09±0,51	2,21±0,92
Нижнечелюстное отверстие	1,85±0,35	0,96±0,84	2,99±1,45	1,64±0,15	0,74±0,23	2,09±1,08

Таким образом, исследования топографии нижнечелюстного канала подтверждают сложность и значительную вариабельность его строения, что не-

обходимо учитывать при эндодонтических и хирургических операциях.

УДК 616.314-089.27

ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Сирак С.В., Копылова И.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

QUALITY IMPROVEMENT OF ENDODONTIC INTERVENTION ACCORDING TO QUESTIONNAIRE SURVEY OF STOMATOLOGISTS

Sirak S.V., Kopilova I.A.

The Stavropol State Medical Academy

В настоящее время проблема профилактики осложнений, возникающих при эндодонтическом лечении, является весьма актуальной [1, 2, 3, 5]. Выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал и верхнечелюстной синус – одно из наиболее опасных осложнений [4, 5]. Попадание корневого герметика в указанные анатомические образования возможно при неправильной оценке анатомо-топографических особенностей строения челюстей и из-за ошибок, допущенных на этапе прохождения и пломбирования корневого канала (к/к).

Цель настоящего исследования – оценка качества лечения корневых каналов зубов путем анкетирования врачей-стоматологов по актуальным проблемам эндодонтии.

Материал и методы исследования

Для определения уровня практических навыков эндодонтического лечения, техники препарирования корневых каналов, прогнозирования возможных осложнений и разработки мер по их профилактике было проведено анкетирование врачей-стоматологов на базе кафедры стоматологии факультета последи-

пломного и дополнительного образования СтГМА. Анкеты содержали 20 вопросов, касающихся этапов эндодонтического лечения, используемых инструментов и материалов.

Всего протестировано 350 врачей, группы формировались из состава обучающихся на циклах последипломного образования кафедры стоматологии ФПДО, в которые входили врачи как государственных учреждений, так и отделений частных стоматологических кабинетов. Из всех опрошенных врачей 190 имели стаж работы до 5 лет, 30 человек – от 5 до 10 лет, 130 врачей – свыше 10 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным на вопросы анкеты ответам, диагностическое рентгенологическое исследование до начала эндодонтического лечения *всегда* выполняют 22,8% врачей, *иногда* – 74,4%, а 2,8% респондентов считают необязательным проведение данного этапа исследования. Только 12,4% врачей-стоматологов пользуются апекс-локаторами, 60,1% используют рентгенологический способ определения длины корневых каналов, 17,5% не знают и не используют средние табличные данные о длине корневых каналов. Необходимо отметить, что до начала эндодонтических вмешательств одним из самых важных моментов является выявление всех каналов, определение их длины и степени кривизны. От выполнения данного этапа зависит качество инструментальной обработки и obturации корневых каналов.

Для obturации корневых каналов 5,8% опрошенных регулярно используют цинк-фосфатные цементы и препараты на основе резорцин-формалиновой смолы, 2,9% применяют препараты на основе резорцин-формалиновой смолы и препараты на основе оксида цинка и эвгенола, 71,4% применяют только препараты на основе оксида цинка и эвгенола, 11,4% – материалы на основе эпоксидных смол, 8,5% – препараты на основе оксида цинка и эвгенола и материалы на основе эпоксидных смол. Резорцин-формалиновый метод постоянно используют 55,7% врачей, хотя его применение является крайне нежелательным. Для пломбирования корневых каналов 68,6% анкетированных используют гуттаперчевые штифты, в то время как 31,4% врачей не применяют их вообще, а значит, не обеспечивают надежной герметизации системы корневого канала. Успех эндодонтических вмешательств определяет также и методика obturации корневого канала. Так, методом одного штифта пользуются 22,8% врачей, 31,4% применяют метод латеральной конденсации, 2,9% используют методику вертикальной конденсации, а 28,6% анкетированных применяют метод пломбирования к/к одной пастой. Эти данные указывают на неполное владение техникой obturации корневого канала, что не обеспечивает качественного эндодонтического вмешательства.

Ответы на вопросы анкет показали, что 37,2% врачей пломбируют корневые каналы до анатомической верхушки, 51,4% – до физиологической верхушки. Следует отметить, что метод заапикальной терапии при остром периодонтите применяют 8,6% опрошенных, при хроническом периодонтите – 62,9%, лишь четверть опрошенных считают нецелесообразным пломбирование к/к «за верхушку». Анализ анкет позволяет сделать вывод о низком уровне эндодонтической помощи из-за применения неадекватных методов лечения (резорцин-формалиновый метод) и значительного количества врачей, предпочитающих «заверхушечную терапию» [1, 2].

Неудовлетворительное качество эндодонтических вмешательств объясняется тем, что рентгенологический контроль после пломбирования проводится *иногда* в 54,3% случаев, и только 45,7% врачей-стоматологов проводят его на этапах эндодонтического лечения. В процессе анализа анкет было установлено, что у многих врачей отсутствует информация о современных технологиях, большинство респондентов редко используют методы расширения к/к от большего диаметра к меньшему, не используют методы электрометрического контроля прохождения корневого канала, рентгенологического контроля на всех этапах лечения.

По нашему мнению, профилактика выведения пломбировочного материала в нижнечелюстную канал должна заключаться в соблюдении следующих правил.

1. Определение группы риска по возрасту, полу и особенностям антропологического строения.
2. Рентгенологическое исследование с целью предварительного определения отношения верхушек корней к нижнечелюстному каналу и верхнечелюстному синусу. Как дополнительный метод – получение панорамных снимков в разных проекциях.
3. В случае необходимости – проведение радиовизиографического или КТ-исследования.
4. Прохождение, расширение и пломбирование корневых каналов под электрометрическим контролем.
5. При необходимости – зубосохраняющие операции с ретроградным пломбированием к/к.

С помощью анкетирования было выявлено большое количество проблем в эндодонтии. Наиболее значимые из них:

- 1) несоблюдение этапов эндодонтических вмешательств, особенно при создании оптимального эндодонтического доступа, точного определения рабочей длины корневых каналов, эффективной инструментальной обработки, особенно в апикальной зоне, рентгенологического контроля на всех этапах пломбирования корневого канала;
- 2) частое необоснованное применение «заапикальной» терапии;

3) неадекватное применение резорцин-формалинового метода, в частности при лечении пульпита и периодонтита с хорошо проходимыми корневыми каналами зубов.

Недостаточная информированность, а также крайне слабые знания опрошенных врачей по анатомии челюстно-лицевой области требуют серьезной корректировки программы последипломного курса обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А.В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации //Стоматология для всех. – 2004. – №2. – С. 38-42.
2. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтии по данным анкетирования //Клиническая стоматология. – 1998. – №1. – С. 6-9.
3. Боровский Е.В. Как улучшить стоматологическое здоровье россиян? //Стоматология сегодня. – 2006. – №1-2. – С. 4-6.
4. Мамедова Л. А., Олесова В. Н., Современные технологии эндодонтического лечения. – Н.Новгород., 2002. – 144 с.
5. Шумский А.В., Поздний А.Ю. Эндодонтия в вопросах и ответах. – М., 2003.

УДК 611.716.4:616-089.843

ПЛАНИРОВАНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО И ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРОЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Сирак С.В., Копылова И.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

PLANNING OF ENDODONTIC AND IMPLANTOLOGIC TREATMENT ON THE BASIS OF ANATOMIC AND TOPOGRAPHIC FEATURES OF THE LOW JAW BONE

Sirak S.V., Kopilova I.A.

The Stavropol State Medical Academy

Проводилось анатомо-топографическое исследование особенностей строения нижней челюсти, изучалось расположение нижнечелюстного канала на 92 выделенных челюстях. В результате исследования были получены новые сведения о топографии и анатомии нижнечелюстного канала, его расположении, форме и размере.

Ключевые слова: нижний альвеолярный нерв, нижнечелюстной канал.

Anatomo-topographical investigation of the low jaw structure features was made. Position of the low jaw bone canal in 92 marked jaws was studied. New data on topography and anatomy of the low jaw bone canal, its position, form and size were obtained.

Key words: low alveolar nerve, low jaw bone.

При установке имплантатов в нижней челюсти, а так же при нарушении правил эндодонтического лечения зубов нижней челюсти возникает значительный риск повреждения нижнего альвеолярного нерва (НАН) [1, 2, 4]. Этим объясняется повышенный инте-

рес к новым данным об индивидуальных особенностях строения и топографии нижнечелюстного канала (НК) [5, 6]. Как показали исследования последних лет, анатомия НК и расположение в нем НАН более сложны, чем классические описания их топографо-

анатомических взаимоотношений [7, 9, 10]. В одних случаях НАН расположен ближе к медиальной, в других – к латеральной кортикальной пластинке или проходит рядом с верхушками корней нижнечелюстных зубов [3, 8]. Ряд работ посвящен исследованию топографии НК, его отношению к корням моляров и премоляров, соотношению губчатого и компактного вещества нижней челюсти.

Существующие анатомические руководства не содержат детального описания топографии НК по отношению к верхушкам корней зубов нижней челюсти. В связи с этим топографо-анатомическое изучение НК представляется актуальным исследованием, способствующим повышению эффективности эндодонтического и имплантологического лечения.

Цель исследования – изучение строения и топографии нижней челюсти для повышения эффективности и планирования имплантологической и эндодонтической помощи.

Материал и методы исследования

Топографо-анатомическое исследование нижней челюсти проведено на 12 фиксированных и 80 нефиксированных трупах мужчин и женщин в возрасте от 34 до 73 лет. Забор материала для проведения исследования проводился в бюро судебно-медицинской экспертизы Ставропольского края и в прозектурах больниц г. Ставрополя.

Определяли вариабельность анатомического строения подбородочного отверстия, топографические взаимоотношения и расстояния между верхушками корней моляров и премоляров нижней челюсти и НК при различных вариантах его длины и расположения в костной ткани. Для изучения строения НК в масштабе 1:1 производились продольные послойные распилы тонкими сепарационными дисками с маркировкой каждого снятого слоя. Исследовали строение костной структуры, варианты отклонений в вестибуло-оральном направлении и пространственной ориентации НК. Для этого было произведено 1043 поперечных распилов 149 сухих челюстей (298 половин), из них 75 челюстей были полностью беззубые, 68 – частично сохранившие зубы и 6 – полностью сохранившие все зубы. После маркировки альвеолярного края, а также основания нижней челюсти выполнялись поперечные распилы специальными сепарационными дисками толщиной 0,1, 0,3 и 0,5 мм в области подбородочного (Fme) и нижнечелюстного (Fma) отверстия, угла нижней челюсти (УНЧ), межзубных промежутков в области премоляров (П1, П2) и моляров (М1, М2, М3). Определялись горизонтальные и вертикальные соотношения от различных сторон нижней челюсти к НК.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования установлены возрастные и половые особенности соотношений компактного и губчатого вещества нижней че-

люсти. Это соотношение составляет 5:1, а в беззубых челюстях 1:2 у мужчин и 1:1 у женщин.

Наши исследования показали, что структура костной ткани тела нижней челюсти в течение жизни человека изменяется. Это может способствовать попаданию пломбировочного материала в НК (с большей вероятностью у женщин) при эндодонтических вмешательствах у пациентов старших возрастных групп.

При изучении распилов челюстей мы встречали дополнительные каналы, не имеющие собственных стенок и располагающиеся в губчатом веществе челюсти, а также дополнительные каналы, параллельные основным. Двойные каналы располагались чаще в вертикальной, чем в горизонтальной плоскости.

Одной из важнейших характеристик топографии НК является его отношение к верхушкам корней моляров и премоляров. Как показали наши исследования, у препаратов женских челюстей расстояние от верхушек корней первого и второго моляра до НК в среднем в 2–2,5 раза меньше, чем у мужских. Ошибки при эндодонтическом лечении корневых каналов именно этих зубов, по статистике, чаще остальных приводят к выведению пломбировочного материала в НК.

Определенный интерес представляет топография НК в области подбородочного отверстия. Проведенные исследования установили, что в большинстве изученных препаратов НК выходит из подбородочного отверстия под определенным углом.

Диаметр основного магистрального канала нижней челюсти во всех исследуемых группах примерно одинаков на всем протяжении – от нижнечелюстного до подбородочного отверстия. При этом величина его у женщин и мужчин практически не отличалась.

Полученные данные очень важны при планировании постановки имплантатов на нижней челюсти у женщин, так как при относительном соотношении размер тела нижней челюсти мужчин превышает таковой у женщин, а диаметр основного магистрального канала НЧ имеет схожие размеры, что значительно повышает риск травмы НАН.

Число и форма исследованных подбородочных отверстий в изученных нами 298 препаратах сухих челюстей были весьма разнообразны. Количество подбородочных отверстий варьирует от одного до пяти, а по форме различают круглое и оливообразное подбородочные отверстия.

На основании проведенного исследования топографии и строения НК было установлено, что НК может иметь формы – от одного магистрального канала до 2–4 дополнительных, идущих параллельно основному и (или) заканчивающихся слепо. Располагаясь между альвеолярным отростком и основанием тела нижней челюсти, НК максимально спускается к нижней части челюсти в районе М(2)/М(1), затем разворачивается на 25–30° в сторону щечной корти-

кальной пластинки в М(1)/П(2), а в районе П(2)/П(1) резко поворачивает на 45–60° вверх, где, делая один из трех типов изгибов (до 90°; 90–120° и без четко выраженного угла поворота), заканчивается подбородочным отверстием. Стенки, формирующие НК и отделяющие его от губчатой кости, представляют собой компактное костное вещество. Толщина их на всем протяжении канала (от нижнечелюстного до подбородочного отверстия) достаточно стабильна в возрастном аспекте, как у мужчин, так и у женщин.

В зависимости от наличия, полного или частичного отсутствия у канала собственных стенок из компактного костного вещества на различных участках тела нижней челюсти мы предлагаем выделить пять типов каналов. К первому типу мы отнесли НК со всеми стенками, ко второму – канал, в котором функцию одной из стенок выполняет компактная пластинка наружной стенки (чаще язычная) нижней челюсти, к третьему – канал с отсутствием альвеолярной стенки, четвертый – с отсутствием любых двух или более стенок и пятый – НК, стенки которого выполнены не собственным компактным, а губчатым веществом челюсти. Мы полагаем, что учет типа НК позволит

практическим врачам избежать нежелательных осложнений, например выведения пломбировочного материала в просвет канала, не имеющего альвеолярной стенки.

В зависимости от расстояния, на котором канал проходит от верхушек корней, можно выделить три варианта прохождения канала: высокое, среднее, нижнее. Расстояние от верхушек корней разных групп зубов до НК у мужчин и женщин неодинаково, поскольку анатомические размеры нижних челюстей женщин существенно меньше.

Использование предложенной нами рабочей классификации и данных топографо-анатомического исследования НК, а также сведений о соотношении компактного и губчатого вещества изученных челюстей в возрастном и половом аспектах дают возможность более точно определить расположение сосудисто-нервного пучка в НК. Полученные данные позволяют повысить эффективность существующих способов хирургического удаления пломбировочного материала из НК и избежать возможных осложнений при проведении эндодонтического и имплантологического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтии по данным анкетирования //Клиническая стоматология. – 1998. – № 1. – С. 6-9.
2. Боровский Е.В. Ошибки эндодонтического лечения зубов //Клиническая эндодонтия. – М., 2003. – С. 44-47.
3. Дударев А.Л., Кураскуа А.А., Махненко А.А. Интраоральная дигитальная и пленочная рентгенография зубов и периапикальных тканей с использованием рентгеновских вычислительных систем (Методическое пособие для стоматологов и рентгенологов). – СПб. – 1999. – С. 32.
4. Жохова Н.С., Боровский Е.В. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения //Новости Dentsply. – 2003. – № 8. – С. 8.
5. Кристесиашвили Т.И., Дунаевский В.А., Криволицкая Е.Б. Анатомическая характеристика нижнечелюстного канала в возрастном аспекте //Стоматология. – 1987. – № 3. – С. 46-47.
6. Кураскуа А.А., Лубинец СВ., Мчедлидзе Т.Ш. Рентгеносемиотика заболеваний зубочелюстной системы (Учебно-методическое пособие). – СПб., 1998. – С. 6.
7. Anderson LC & Kosinski TF (1991) A review of the intraosseous course of the nerves of the mandible //J Oral Implantology 17: 394-403.
8. Anderson L., Kosinski T., (1991) A review of the intraosseous course of the nerves of the mandible //J Oral Implantology 17: 394-403.
9. Barthng R, Freeman K, Kraut RA The incidence of altered sensation of the mental nerve after mandibular implant placement //J Oral MaxiUofac Surg 1999, 57(12).1408-12.
10. Bavitz JB, Harn SD, Hansen CA, Lang M An anatomical study of mental neurovascular bundle-implant relationships //Int J Oral MaxiUofac Implants 1993; 8(5) – 563-7.

УДК 611.716.4

СТРОЕНИЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ

Сирак С.В., Копылова И.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

THE STRUCTURE OF THE LOW JAW CANAL IN CASE OF COMPLETE LACK OF TEETH

Sirak S.V., Kopilova I.A.

The Stavropol State Medical Academy

Изучена топография нижнечелюстного канала в условиях полной адентии нижней челюсти. Проведены поперечные распилы 40 беззубых половин нижней челюсти в определенных точках.

Ключевые слова: нижняя челюсть, адентия.

Topography of the mandibular bone canal in case of low jaw complete tooth lack was studied. Transverse saw cuts of 40 toothless halves of the low jaw in definite points were made.

Key words: low jaw, complete tooth lack.

Изменение высоты альвеолярной части нижней челюсти вследствие атрофии беззубых участков предполагает точное знание топографии нижнечелюстного канала (НК) для планирования эндодонтического и имплантологического лечения. Результаты, полученные некоторыми авторами (Schroll, 1975; Härle F., 1977; Reich R., 1980), указывают на то, что положение НК постоянно только по отношению к основанию нижней челюсти (НЧ). Расположение НК к верхушкам корней зубов и краю альвеолярной части НЧ весьма вариабельно (Casey D., 1978; Denio D., 1992; Jerjes W., et al. 2005).

Цель исследования – изучение топографии НК при полной адентии нижней челюсти.

Материал и методы исследования

Были проведены поперечные распилы 40 беззубых половин нижней челюсти в определенных точках (рис. 1), полученные участки НЧ исследовались рентгенологически, определялось и сравнивалось расстояние между НК, основанием нижней челюсти, кортикальными пластинками и альвеолярным отрост-

ком НЧ. Затем рассчитывалось среднее значение (\bar{x}) и стандартное отклонение измерения (s), измерялась абсолютная высота НЧ в пяти точках и сравнивалась с данными рентгенограмм.

Результаты исследования и их обсуждение

НК сохраняет свое положение в беззубой челюсти в горизонтальной и вертикальной плоскостях независимо от степени атрофии последней. Такими же стабильными остаются расстояния от НК до язычной, щёчной кортикальной пластинки и основания НЧ. Уменьшение расстояния между НК и альвеолярным отростком НЧ при вторичной адентии связано только с атрофией кости. В предполагаемой области первого моляра среднее расстояние от альвеолярного края составляет 7,3 мм, от язычной – 2,5 мм и от щёчной кортикальной пластинки – 4,9 мм (табл. 1). Абсолютная высота НЧ в области моляров в среднем на 31,57% ниже, чем в подбородочном отделе НЧ ($\bar{x} = 13,67\%$, $s = 8,59\%$), при полной адентии этот показатель НЧ в области моляров не превышает её высоту в подбородочной части.

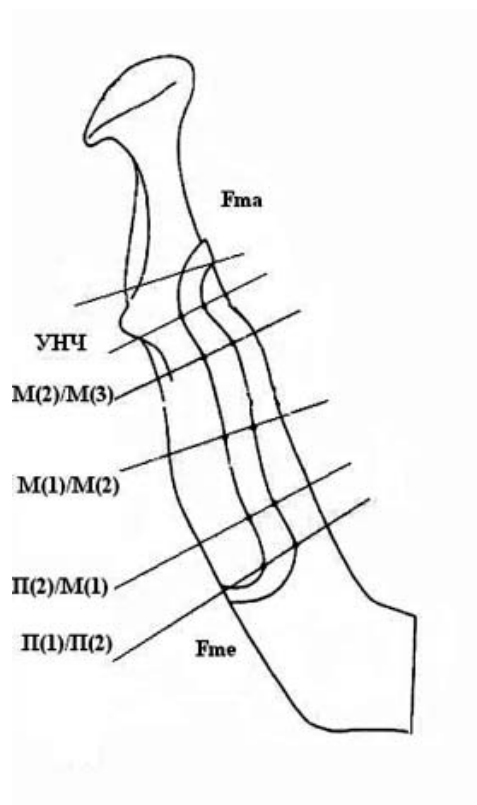


Рис. 1. Линии поперечных распилов беззубой нижней челюсти (Fme, Fma – ментальное и нижнечелюстное отверстие, УНЧ – угол нижней челюсти, П1, П2, М1, М2, М3 – предполагаемая проекция моляров и премоляров)

Таблица 1. Положение нижнечелюстного канала в беззубой челюсти, где x – среднее значение, s – стандартное отклонение в мм ($n = 40$)

Расстояние	М(3)		М(2)		М(1)		П(2)		Ментальное отверстие	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
УНЧ	10,817	2,612	7,792	1,731	7,317	1,317	7,550	1,181	8,879	1,586
Язычная кп	2,292	1,071	2,450	0,866	2,508	0,681	2,688	0,607	3,717	1,099
Щёчная кп	3,083	0,342	4,667	1,006	4,913	1,204	3,771	1,002	1,833	0,856

Таким образом, полученные данные о топографии нижнечелюстного канала в беззубой челюсти вместе с данными рентгенологического исследова-

ния могут служить основой планирования хирургической и ортопедической помощи больным с полной адентией.

УДК 616.314-089.87- 03.12

РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

Сирак С.В., Читанова А.Д., Сирак А.Г., Зекерьяева М.С.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

TOOTH REPLANTATION IN CHRONIC PERIODONTITIS TREATMENT

Sirak S.V., Chitanova A.D., Sirak A.G., Zekeryaeva M.S.

The Stavropol State Medical Academy

Разработан способ удаления и реплантации зуба при лечении хронического периодонтита при условии непроходимых корневых каналов. Всего прооперировано 34 пациента в возрасте от 24 до 59 лет, в том числе 19 женщин и 15 мужчин, реплантировано в общей сложности 39 зубов. Способ позволяет сохранить круговую связку зуба, ткани периодонта и анатомическую целостность лунки зуба, исключить воспалительные и иммунореактивные реакции организма.

Ключевые слова: реплантация, периодонтит, корневые каналы.

The method of extraction and replantation tooth in chronic periodontitis treatment in case of impassable root canals. 34 patients at the age from 24 to 59 years were operated on. 19 of them were women and 15 were men. 39 teeth were replanted. This method allows to preserve circular dental ligament, periodontal tissue and anatomical alveolar socket integrity. It also allows to prevent inflammatory and conflict immune body reactions.

Key words: replantation, periodontitis, root canals.

С целью повышения качества и эффективности хирургического лечения хронического периодонтита, осложненного деструкцией костной ткани и периодонта, используются разные методы. Среди них метод реплантации зуба, предложенный еще в 1594 году Амбруазом Паре. Известно, что реплантация зубов – это органосохраняющая операция, предотвращающая атрофию костной ткани, выдвигание зубов-антагонистов и смещение соседних зубов, устраняющая косметические дефекты зубного ряда. Анализ отдаленных результатов реплантации зубов свидетельствует о целесообразности применения метода особенно при отсутствии эффекта консервативных способов лечения хронических периодонтитов, особенно в случае сильного искривления корней зубов (II, III степень по Шнайдеру) [1, 2, 3].

Основные проблемы, стоящие перед врачом-стоматологом при выполнении операции реплантации зуба для лечения хронического периодонтита: как удалить зуб с наименьшей операционной травмой, как укрепить зуб в лунке, как избежать воспаления и иммунореактивного конфликта. Некоторые способы реплантации зуба предусматривают использование остеопластических материалов для стимулирования остеорепаративных процессов в лунке после реплантации. Вместе с тем в литературе имеется ряд сообщений о неудачных попытках реплантации зубов. Причиной может быть отсутствие полноценного обеззараживания раны, в том числе и тогда, когда не устраняется

главная причина прогрессирующей деструкции периодонта – сама инфицированная костная ткань [1, 2].

Цель исследования – разработка и клиническая апробация метода удаления и реплантации зуба при лечении хронического периодонтита с использованием современных остеопластических материалов.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели использовали устройство для атравматичного удаления зуба «EASY X-TRAC System» («Hexagon International GB Ltd», Англия), аппарат «Оптодан», низкочастотный ультразвук в режиме 24,5–26,5 кГц, подаваемый через раствор 0,05% мирамистина в течение 3 минут волноводом от установки «УТП-1», остеопластический гель «Индост» (ЗАО «Полистом») на основе деминерализованного костного коллагена, назубную шину из арамидной нити № 3, фотокомпозитный материал, антибактериальную, десенсибилизирующую и иммуномодулирующую терапию в послеоперационном периоде.

На кафедре стоматологии ФПДО СтГМА был разработан способ удаления и реплантации зуба с использованием остеорепаративных средств (патент РФ на изобретение № 2326611 «Способ удаления и реплантации зуба при лечении хронического периодонтита»). В исследуемую группу вошли 34 человека в возрасте от 24 до 59 лет без тяжелой соматической патологии с диагнозом хронический периодонтит, деструкция костной ткани в периапикальной области. Диагностику, динамическое наблюдение и эффек-

тивность лечения определяли клинически и рентгенологически.

Хирургический этап. Под соответствующим местным обезболиванием проводили атравматичное удаление зуба по следующей методике. Трепанировали коронковую часть зуба, если она была сохранена. Машинным дрельбором расширяли корневой канал до диаметра, соответствующего эндодонтическому инструменту № 60. В подготовленный корневой канал без излишнего давления до ощутимого сопротивления помещали полый металлический мастер-штифт с внутренней резьбой. Внутри мастер-штифта помещали и закручивали до значительного сопротивления стальной болт с резьбой, имеющий поперечную штангу с удерживающей головкой, который изнутри раздвигал мастер-штифт и прочно закреплял его в корневом канале. Подбирали и припасовывали во рту больного металлическую ортопедическую ложку с перфорационным отверстием для поперечной штанги с удерживающей головкой. Замешивали силиконовую массу «Spidex» и снимали оттиск с челюсти. Используя ортопедическую ложку с оттискной массой как опору, равномерно распределяющую давление на соседние зубы и изолирующую их от повреждения, помещали поперечную штангу с удерживающей головкой стального болта в перекладину рычага с фиксированным шарниром по центру. Медленно закручивая распирающий болт на противоположном конце рычага, выдвигали зуб вместе с мастер-штифтом и стальным болтом из лунки. После удаления зуба лунку промывали 0,05% раствором мирамистина, вводили в полость 5 мл (400 мг/5 мл) суспензии «Аугментин» (амоксциклин/клавулат) на марлевой турунде и прикрывали ее стерильным марлевым тампоном.

Зуб помещали в марлевый тампон, смоченный в физиологическом растворе. Выкручивали из удаленного зуба мастер-штифт со стальным болтом, обильно промывали канал растворами антисептиков, очищая корень от зубных отложений, остатков тканей периодонта и слизистой оболочки, раскрывали устья корневых каналов. Дрельборам расширяли корневые каналы, проводили антисептическую обработку 0,05% раствором мирамистина и гипохлорита натрия. Корневые каналы обрабатывали низкочастотным ультразвуком (аппарат «УТП-1»). Проводили окончательную эндодонтическую обработку корневых каналов, высушивали с помощью бумажных пинов, пломбировали эндометазоном с гуттаперчевыми штифтами методом латеральной

конденсации. Коронковую часть зуба восстанавливали стеклоиономерным цементом «Gem Base» или фотокомпозиционным материалом, сразу припасовывая пломбу для выведения из прикуса. С помощью шаровидного бора на оральной поверхности зуба выпиливали циркулярную борозду глубиной 0,4–0,5 мм, аналогичные бороздки формировали на оральной стороне соседних зубов.

Из лунки вынимали турунду с антибиотиком, проводили тщательный кюретаж, удаляя измененные ткани, костную полость промывали 0,05% раствором мирамистина. Костную рану заполняли из шприца остеопластическим гелем «Индост» (ЗАО «Полистом») на 2/3, помещали зуб в лунку и укрепляли его с помощью арамидной нити № 3, прокладывая ее по подготовленным бороздкам. Нить закрывали фотокомпозитом «Геркулэйт». Назначали курс антибактериальной, десенсибилизирующей и лазеротерапии.

Результаты исследования и их обсуждение

Разработанный способ лечения больных с хроническими периодонтитами успешно внедрен в практику работы учреждений практического здравоохранения Ставропольского края. По данной методике прооперировано 34 пациента в возрасте от 24 до 59 лет, в том числе 19 женщин и 15 мужчин, реплантировано в общей сложности 39 зубов.

При использовании предлагаемой методики сохраняется круговая связка зуба, ткани периодонта и анатомическая целостность лунки зуба. Методика позволяет удалить не только однокорневые зубы, но и премоляры верхней и моляры нижней челюсти. Полностью удаляется патологически измененная, инфицированная костная ткань, проводится полное обеззараживание раны. Корневые каналы пломбируются с соблюдением всех правил асептики и эндодонтического лечения. Композиционным пломбирочным материалом формируется коронковая часть зуба, которая сразу припасовывается для выведения из прикуса, что снижает до минимума жевательные нагрузки на зуб в период приживления. Остеопластический гель «Индост» позволяет фиксировать зуб в лунке с наименьшим напряжением костных стенок, стимулируя не только остеонный, но и периодонтально-фиброзный тип сращения за счет формирования фиброзной ткани в лунке, что препятствует резорбции корня зуба. Интраоперационная терапия по приведенной схеме позволяет исключить воспалительные и иммуноконфликтные реакции организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998. – С. 91-92.
2. Богатов А.И. Лечение, реабилитация и профилактика больных одонтогенными синуситами в амбулаторных условиях: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Самара, 2000. – 53 с.

3. Хохрина Т.Г, Семенов В.В. Реплантация зубов – комплексный подход хирурга, терапевта и пародонтолога //Клиническая стоматология. – 2000. – № 4. – С. 48-50.
4. Панин А.М. Новое поколение остеопластических материалов (разработка, лабораторно – клиническое обоснование, клиническое внедрение): Дисс. д.м.н. – М., 2004. – 209 с.
5. Harley B.A., O'Brien F.J., Yannas I.V., Gibson L.J. (2004): Fabrication and mechanical characterization of equiaxed collagen-GAG scaffolds. In: Transactions of the 7th World Biomaterials Congress, Sydney, Australia.

УДК 616.716.85-089.844

АЛЬВЕОЛОПЛАСТИКА ПРИ ОСТРОМ АЛЬВЕОЛИТЕ

Сирак С.В., Читанова А.Д., Сирак А.Г., Сасина М.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

ALVEOLOPLASTICS IN ACUTE ALVEOLITIS

Sirak S.V., Chitanova A.D., Sirak A.G., Sasina M.A.

The Stavropol State Medical Academy

Разработан способ альвеолопластики при лечении острого альвеолита. Под наблюдением находилось 149 больных с острым альвеолитом в возрасте от 24 до 65 лет. Способ показал высокую эффективность по сравнению с традиционной методикой, что выразилось в снижении послеоперационных осложнений, сокращении периода выздоровления больных и восстановлении костной архитектоники в области постэкстракционных дефектов челюстей.

Ключевые слова: альвеолит, атрофия, воспаление.

The method of alveoloplastics in treatment of acute alveolitis is worked out. 149 patients at the age from 24 to 65 years with acute alveolitis were under observation. This method revealed high efficacy comparatively to common technique. It was expressed in increase of postoperative complications, decrease of convalescent time and recovery of osseous architectonics at the area of postextractive jaw malfunctions.

Key words: alveolitis, atrophy, inflammation.

Альвеолит является одним из наиболее распространенных и часто встречающихся осложнений после операции удаления зуба. По данным ряда исследователей, частота возникновения альвеолита составляет от 13,4 до 42,8% от всех постэкстракционных осложнений [2, 3, 4]. Большинство исследователей выделяют в этиологии развития альвеолита инфекционный и травматический факторы [1, 3, 5]. Развитию альвеолита способствует также высокая фибринолитическая активность тканей лунки, слюны, иммунологические сдвиги, сопутствующие заболевания [2, 4].

Анализ литературы показал, что существующие способы лечения хронического альвеолита однотипны и однонаправлены: ликвидацию воспаления в лунке определяют обязательная хирургическая обработка, фармако- и физиотерапевтические методы, а также (по возможности) одномоментная пластика костного дефекта остеопластическими материалами. Вместе с этим подобная врачебная тактика при лечении острого альвеолита недостаточно эффективна, поскольку на первый план в тактике врача стоматолога-хирурга

выходит не столько профилактика атрофии альвеолярного отростка челюсти, сколько купирование острого воспалительного процесса за счет использования противовоспалительных, антибактериальных и десенсибилизирующих средств, вводимых как внутрь, так и непосредственно в лунку удаленного зуба. Кроме этого, существующими методиками лечения не предусмотрена полноценная изоляция раны от полости рта, что в случае недостаточной гигиены нередко приводит к обострению заболевания.

Цель исследования – разработка и клиническое обоснование способа альвеолопластики при остром альвеолите, обеспечивающем сокращение сроков лечения данной категории больных за счет купирования воспаления и профилактики прогрессирующей атрофии костной ткани.

Материал и методы исследования

Всего под наблюдением находилось 149 больных с острым альвеолитом в возрасте от 24 до 65 лет, из них 87 женщин и 60 мужчин. Всего было удалено 178 зубов, основной причиной альвеолита послужили

хронический периодонтит «причинного» зуба в стадии обострения и сложное удаление ретенированного дистопированного третьего моляра. На верхней челюсти острый альвеолит наблюдали у 94 человек (63,1%), на нижней – у 55 больных (36,9%), причем у 107 человек (71,8%) альвеолит развился после удаления зуба по поводу обострения хронического периодонтита, а у 42 больных (28,2%) – после удаления ретенированного дистопированного третьего моляра.

В зависимости от выбранного способа лечения все больные были разделены на 2 группы: основную, из 92 больных (61,7%), и контрольную, которую составили 57 пациентов (38,3%).

Лечение больных в основной группе проводилось по следующей методике (положительное решение на выдачу патента РФ на изобретение по заявке № 2009138723/14 (054826) «Способ лечения и профилактики альвеолита»): под местной инфильтрационной анестезией мобилизовали слизистые края лунки вокруг «причинного» зуба, полностью удаляли из лунки остатки тромба. Затем костную рану обрабатывали в течение 5 минут с помощью волновода от аппарата «Оптодан» с полупроводниковым лазерным диодом, генерирующим импульсный свет с длиной волны от 0,85 до 0,98 мкм, импульсной мощностью 2–4 Вт, длительностью импульса 40–100 нс, с частотой импульсов 1,5–2,0 кГц, напряженностью магнитного поля 35 мТл через 0,05% раствор мирамистина. Костный дефект обильно промывали смесью 30% раствора линкомицина гидрохлорида и 1% раствора диоксидина в соотношении 3:1, высушивали с помощью стерильной коллагеновой губки, заполняли остеопластическим материалом «Коллост» (ЗАО «Биофармхолдинг») на основе деминерализованного и лиофилизированного костного коллагена, прикрывали рану биорезорбируемой мембраной «Коллост» (ЗАО «Биофармхолдинг»), пленкой «Диплен-дента» с линкомицином, после чего ушивали слизистые края лунки наглухо. При дефиците слизистой в области лунки производили пластику по вышеописанной методике с использованием слизисто-надкостничного лоскута. В послеоперационном периоде использовали лазеротерапию аппаратом «Оптодан»: первые 5 процедур – на 1-м канале с экспозицией 2 мин, затем 5 процедур – на 2-м канале с той же экспозицией по 2 мин в течение 3–4 дней.

В контрольной группе после обезболивания и удаления остатков тромба проводили медикаментозную обработку лунки и вводили в нее йодоформную смесь на марлевой турунде (55% больных контроль-

ной группы) или препарат «Альвеост» (ЗАО «Полистом») – 45% больных контрольной группы.

Послеоперационная медикаментозная терапия в обеих группах включала: рокситромицин по 150 мг 2 раза в сутки в течение 3–4 дней, цетрин по 0,2 мг 3 раза в сутки в течение 3–4 дней.

Эффективность лечения в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения оценивали по объективным (осмотр и пальпация) и субъективным (жалобы) данным, количеству посещений, данным рентгенологического исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что у 97,5% больных основной группы уже к концу первых суток после начала лечения был полностью купирован болевой синдром, гиперемия и отек слизистой оболочки в области лунки «причинного» зуба значительно уменьшались. В контрольной группе исчезновение указанных симптомов у 98,3% больных наблюдалось в среднем на $2,3 \pm 1,05$ суток позже, чем в основной группе, причем у 1,7% больных потребовалось еще на $2,9 \pm 1,3$ суток больше времени для купирования данных клинических признаков, а смена турунд проводилась не менее 3–4 раз в течение 5–6 дней. Число посещений на одного больного в основной группе составило в среднем $3,1 \pm 0,4$, а в контрольной группе – $6,4 \pm 0,5$. Особо следует отметить тот факт, что рецидива заболевания ни в основной, ни в контрольной группе отмечено не было.

Анализируя отдаленные результаты лечения, полученные в течение двух лет наблюдений, было установлено, что в основной группе атрофии альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюсти не наблюдалось. В контрольной группе указанные явления атрофии носили умеренно выраженный характер у 57,6% больных, резко выраженный характер – у 40,2% больных, у 2,2% пациентов атрофии не наблюдалось.

Таким образом, предлагаемый способ альвеолопластики при остром альвеолите показал свою эффективность по сравнению с традиционной методикой, что выразилось в снижении послеоперационных осложнений, сокращении периода выздоровления больных и восстановлении костной архитектоники в области постэкстракционных дефектов челюстей.

Полученные результаты позволяют рассматривать разработанный способ лечения острого альвеолита как метод выбора, высокоэффективный и вполне обоснованный для широкого использования в практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (Патогенез, клиника, лечение): Автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 15 с.

2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998. – 416 с.
3. Белозеров М.Н. Оценка остеопластических свойств различных композиционных материалов для заполнения дефектов челюстей: Дисс. канд. мед. наук. – М., 2004 – 146 с.
4. Богатов А.И. Хирургическое лечение больных с хроническими периодонтитами: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Самара., 2000. – 53 с.
5. Ефимов Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов //Сборник научных трудов «Актуальные вопросы стоматологии». – Волгоградская медицинская академия, 1994. – С. 141-144.

УДК 616.314-089.87-06

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-АТРОФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

Сирак С.В., Читанова А.Д., Сирак А.Г., Сасина М.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

MANAGEMENT AND PREVENTION OF INFLAMMATORY-ATROPHIC COMPLICATIONS AFTER TEETH REMOVAL

Sirak C.V., Chitanova A.D., Sirak A.G., Sasina M.A.

The Stavropol State Medical Academy

Проведено клиническое исследование эффективности лечения и профилактики альвеолита с использованием разработанной мази, обладающей низким местнораздражающим действием, на фоне высокой адгезионной, сорбционной и антисептической активности своих основных компонентов. Пролечено 116 больных в возрасте от 25 до 60 лет с острым альвеолитом, основной причиной альвеолита послужили хронический периодонтит в стадии обострения и сложное удаление зубов.

Ключевые слова: альвеолит, лечение, мазь.

Clinical investigation of treatment efficacy and prevention of alveolitis was carried out. It was made with the application of worked out ointment having low local irritation action but with high adhesive, sorbing and antiseptic activity of its main components. 116 patients at the age from 25 to 60 years with acute alveolitis were treated. The main cause of alveolitis were chronic periodontitis at exacerbation stage and complicated teeth removal.

Key words: alveolitis, treatment, ointment.

После операции удаления зуба может возникнуть ряд осложнений. К наиболее неблагоприятным из них относятся нагноение костной раны с развитием воспаления в окружающих мягких тканях (периостит, флегмона), послеоперационные невралгические боли, воспаление в лунке удаленного зуба (альвеолит). Разработка способов по лечению и профилактике подобных осложнений является актуальной задачей стоматологии [1, 2].

Известен ряд способов по лечению и профилактике альвеолита после удаления зуба. Один способ предусматривает заполнение лунки удаленного зуба аллогенной плацентарной тканью, формой и размером соответствующей костному дефекту. Она ускоряет регенеративную фазу заживления и предупреждает развитие альвеолита. Согласно другому

известному способу, для лечения и профилактики альвеолитов лунку заполняют гидрофобной мазью с антисептиком или антибиотиком (эритромициновой, дитетрациклиновой глазной, гентамициновой) [2, 3, 4]. Эти методы имеют ряд недостатков, к числу которых можно отнести слабую адгезию лекарственных компонентов, введенных в состав композиции к стенке лунки удаленного зуба, и, как следствие – их быстрое вымывание из лунки вместе со слюной и кровью, сильное местнораздражающее действие [4, 5].

Цель исследования – разработка и клиническое обоснование метода лечения и профилактики альвеолита с использованием мази, обладающей низким местнораздражающим действием на фоне высокой адгезионной, сорбционной и антисептической активности своих основных компонентов.

Материалы и методы исследования

Всего под наблюдением находилось 116 больных в возрасте от 25 до 60 лет с острым альвеолитом. Всего было удалено 124 зуба, основной причиной альвеолита послужил хронический периодонтит в стадии обострения и сложное удаление зубов.

В зависимости от выбранного способа лечения все больные были разделены на 2 группы: основную, из 75 (60,4%) больных, и контрольную, которую составили 49 (39,6%) пациентов.

Лечение больных в основной группе проводилось с использованием разработанной мази (положительное решение на выдачу патента РФ на изобретение по заявке № 2009138724/14 (054827) от 19.10.2009 «Мазь для лечения альвеолита»): под местной инфльтрационной анестезией проводился кюретаж, лунка промывалась раствором антисептика, затем в рану вводилась разработанная мазь.

Состав мази: местноанестезирующее вещество (анестезин), кровоостанавливающий компонент, антисептик, β-трикальцийфосфат, солкосерил дентальная адгезивная паста, мазевая основа (ланолин-вазелиновая мазь) и «Полисорб МП». Благодаря «Полисорбу МП», введенному в состав мази, обеспечивается высокая кровоостанавливающая способность всей композиции. Солкосерил дентальная адгезивная паста (рег. № 015194/01-2003) обеспечивает ускорение заживления, обезболивание и защиту раневой поверхности. Кроме этого, паста обеспечивает высокую адгезию (прилипание) лекарственных компонентов, введенных в состав композиции, к стенке лунки. Анестезин представляет собой малотоксичное, гипоаллергенное и высокоэффективное местнообезболивающее вещество. Ланолин-вазелиновая мазь использована в качестве основы для смягчения и фиксации всего состава, β-трикальцийфосфат обеспечивает ускорение процессов регенерации и созревания костных структур. Все указанные компоненты смешивались в определенной пропорции на стерильном предметном стекле и вводились в рану на коллагеновой губке. Мазь и губка самостоятельно рассасывались в лунке через 3–4 дня.

Больным контрольной группы после обезболивания проводили кюретаж, медикаментозную обработку лунки и вводили в нее йодоформную смесь на марлевой турунде. Назначали сульфаниламиды, анальгетики в сочетании с физиопроцедурами (УВЧ, микроволновая терапия). Эффективность лечения в ближайшие и отдельные сроки наблюдения оценивали по данным клинического наблюдения, количеству посещений, рентгенологическим данным.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что в исследуемой группе уже на следующие сутки боль полностью прекращалась у 68% больных, обратившихся в острой стадии альвеолита. Гиперемия и отек слизистой оболочки в области лунок значительно уменьшились к концу вторых суток. Воспалительные явления отсутствовали. Заживление лунок проходило первичным натяжением, полная эпителизация раны наступала на 4–5-е сутки. Рецидива заболевания у больных исследуемой группы не наблюдалось.

В контрольной группе купирование воспалительных проявлений, более проходило значительно медленнее. Смена турунд проводилась через 2–3 дня не менее 3–4 раз. Число посещений на одного больного в исследуемой группе составило 2,8, в контрольной группе – 5,1.

Исходя из анализа отдаленных результатов лечения, прослеженных в течение 3 лет, было установлено, что в исследуемой группе атрофии альвеолярного отростка в области удаленных зубов не наблюдалось, в то время как в контрольной группе эти явления носили умеренно выраженный характер.

Таким образом, предлагаемая мазь показала свою эффективность в сравнении с традиционной методикой, поскольку обладает высоким противовоспалительным и регенерационным эффектом, позволяющим ускорить заживление костных структур, предотвратить развитие воспалительных осложнений.

Полученные данные позволяют рассматривать разработанную мазь для лечения и профилактики альвеолита как препарат выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2003. – 503 с.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998. – 416 с.
3. Ефимов Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов //Сборник научных трудов «Актуальные вопросы стоматологии». – Волгогр. медицинская академия, 1994. – С. 141-144.
4. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания ЧЛО. – М.: Медицина, 1998. – 325 с.
5. Купряхин В. А. Оптимизация остеопластической коррекции атрофированного альвеолярного отростка челюсти: Автореф. дисс. . канд.мед. наук. – Самара, 2005. – 22 с.

УДК 616.314-089.87-012-06

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

Слётов А.А., Гандылян К.С., Фокин О.Ю., Сарандаев А.А.
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

REGENERATION OPTIMIZATION OF JAW BONES TRAUMATIC IMPAIRMENTS

Slyetov A.A., Gandilyan K.S., Fokin O.Y., Sarandaev A.A.
The Stavropol State Medical Academy

Восстановление анатомической целостности и функциональной активности повреждённой костной ткани является актуальной проблемой ввиду неснижающегося числа травматических повреждений челюстно-лицевой области и их осложнений. Задачей настоящего исследования является изучение состояния репаративных процессов костной ткани по данным цитоморфометрического метода, под воздействием электромагнитного излучения крайне высокой частоты миллиметрового диапазона (ЭМИ КВЧ ММ диапазона). Использование КВЧ-терапии способствует оптимизации резервных возможностей не только тканей, вовлеченных в травматический процесс, но и всего организма.

Ключевые слова: травма, КВЧ-терапия.

Restoration of anatomic position and functional activity of the impaired bony tissue is of main importance as there are still a great number of traumatic impairments of the maxillofacial region and their complications. The task of research is to study the state of reparative processes of osseous tissue according to findings of cytomorphometric method and under electromagnetic emission of extremely high frequency of millimeter range (EME EHF MM range). Application of EHF therapy promotes optimization of reserve capability both injured tissues and the whole organism.

Key words: trauma, EHF therapy.

Восстановление анатомической целостности и функциональной активности повреждённой костной ткани челюстно-лицевой области представляет собой сложный процесс, поскольку при этом происходит повреждение не только клеточных элементов, составляющих костную ткань, но и анатомических компонентов, сопровождающих и окружающих костный орган (надкостница, сосуды, нервы и др.). Кроме этого, травма сопровождается контаминацией травмированной области и снижением сопротивляемости организма к инфекции, что накладывает дополнительный негативный отпечаток на процесс регенерации повреждённой костной структуры.

В связи с этим проблема оптимизации регенераторных возможностей костной ткани в челюстно-лицевой области остаётся актуальной.

Целью настоящего исследования является изучение состояния репаративных процессов костной ткани по данным цитоморфометрического метода, под воздействием электромагнитного излучения крайне высокой частоты миллиметрового диапазона (ЭМИ КВЧ ММ-диапазона) [1, 2].

Материал и методы исследования

Нами проведено исследование влияния ЭМИ КВЧ ММ-диапазона на морфологические показатели пе-

риферической крови у пациентов с травматическими повреждениями челюстных костей. Всего обследовано 48 больных в возрасте от 18 до 49 лет. Компьютерная морфометрия и иммунологическое исследование проводилось на 1, 7-е и 14-е сутки путём забора крови из локтевой вены в 9 часов утра натощак. Измеряемые морфометрические параметры форменных элементов периферической крови включают 9 геометрических характеристик, и 2 оптические характеристики проведены на аппарате «Мекос-Ц».

Всем пациентам исследуемой группы при поступлении в стационар после предварительного обследования с использованием цитоморфометрических методов диагностики в комплекс лечебных мероприятий назначалась КВЧ-терапия.

Воздействие КВЧ-излучения осуществлялось на область грудины в проекции III–IV межреберья аппаратом «Явь-1» в режиме фиксированной частоты, с длиной волны 5,6 мм, 5–7 процедур через день с продолжительностью ежедневных воздействий 30 минут, в первой половине дня, с 10.00 до 12.00.

Воздействие КВЧ-излучения осуществлялось в области патологического очага аппаратом «Явь-1» в режиме фиксированной частоты с длиной волны 7,1

мм, 5–7 процедур через день, с продолжительностью ежедневных воздействий 30 минут, в первой половине дня, с 10.00 до 12.00.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведённое лечение больных с использованием электромагнитного излучения крайне высокой частоты миллиметрового диапазона продемонстрировало его высокую клиническую эффективность. У больных в течение первых двух суток после начала физиотерапевтических процедур существенно снижалась интенсивность болей в области операционной раны.

Проводимый в динамике контроль общеклинических, цитоморфометрических показателей позволил констатировать более раннюю нормализацию основных параметров гомеостаза. В группе получавших по предложенной нами методике курс КВЧ-терапии отмечена нормализация уровня геометрических и оптических показателей клеток крови.

Полученные данные у больных с травматическими повреждениями свидетельствовали об исходных морфологических сдвигах показателей форменных элементов периферической крови на фоне травматического повреждения челюстных костей. Установлено, что КВЧ-терапия создает условия для быстрой мобилизации регенераторных механизмов, что в

1,5 раза сокращает сроки перехода к восстановлению дефекта тканей. КВЧ-воздействие ускоряет I фазу раневого процесса, оптимизирует наступление II фазы (регенерации). Отмечаемый полилечебный эффект КВЧ-терапии может быть объяснен с позиции уникального механизма действия ЭМИ КВЧ ММ-диапазона, отличного от известных физических факторов. В реализации лечебного эффекта принимают участие центральная нервная система, периферическая нервная система, защитно-регуляторные системы организма. КВЧ-излучение, поглощенное кожными рецепторами, оказывает возбуждающее действие на вегетативную, эндокринную и иммунную системы, а также активацию системы опиоидных рецепторов (энкефалинов).

Заключение

Использование КВЧ-терапии способствует оптимизации резервных возможностей не только тканей, вовлеченных в травматический процесс, но и всего организма. Сравнительный анализ морфологических показателей отражает не только выраженный положительный эффект регенераторных процессов в системе гомеостаза, а также характеризует более быструю смену фаз раневого процесса у больных, получавших рекомендуемый метод лечения с использованием ЭМИ КВЧ ММ-диапазона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автондилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – М., Медицина, 1990. – 384с.
2. Голант М.Б. Основная физическая особенность действия миллиметровых волн на живые организмы при КВЧ-терапии //Избранные вопросы КВЧ-терапии в клинической практике: информац. сб. – 1991. – № 4. – С. 24-36.

УДК 616.314-089.87-012-01.33

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕННЫХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

Слётов А.А., Гандылян К.С., Фокин О.Ю., Сарандаев А.А.
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

REPARATIVE OSTEOGENESIS OPTIMIZATION WITH APPLICATION OF LOW FREQUENCY ELECTROTHERAPY IN IMMOBILIZATION OF INJURED JAW BONES

Slyetov A.A., Gandilyan K.S., Fokin O.Y., Sarandaev A.A.
The Stavropol State Medical Academy

В работе исследованы процессы оптимизации репаративного остеогенеза с использованием низкочастотной электротерапии и усовершенствованного метода иммобилизации повреждённых челюстных костей. На вторые сутки после иммобилизации фрагментов начинается применение низкочастотной электротерапии следующие в последовательности пятого рода работы (VPP, ПЧП, перемежающиеся частоты паузы) сочетание чередующихся посылок тока с различными частотами модуляции в диапазоне от 10 до 150 Гц и пауз между ними. Установлено, что такой режим синусоидальных модулированных токов обладает мягким нейромиостимулирующим и трофическим действием. Продолжительность проводимых через день воздействий не превышает 20 минут.

Ключевые слова: остеогенез, электротерапия, иммобилизация.

The processes of optimization of reparative osteogenesis with application of low frequency electrotherapy and enhanced method of injured jaw bones immobilization. On the 2nd day after fragments immobilization application of low frequency electrotherapy begins. These sinusoidal modulated currents were established to have mild neuromiostimulating and trophic action. Duration of impacts carried out every 2 days is less than 20 min.

Key words: osteogenesis, electrotherapy, immobilization.

В последнее время, несмотря на заметный прогресс в различных областях медицины, вопросы оптимизации процесса репаративного остеогенеза привлекают к себе пристальное внимание специалистов. Исследованиями многих авторов установлено, что формы регенеративного процесса могут быть различными и зависят от ряда факторов. При этом процесс восстановления повреждённой костной ткани в оптимальные сроки во многом зависит от местных и общих факторов.

Малоэффективными оказываются современные и дорогостоящие лекарственные препараты, так как достаточно часто они назначаются без учёта фазы репаративного процесса, возраста больного, выраженности сопутствующей патологии и т. д. Многофакторность и сложность патологии требует комплексного лечебного подхода. В связи с этим актуальность оптимизации процесса репаративного остеогенеза не вызывает сомнений.

Иммобилизация фрагментов челюстных костей традиционными методами имеет ряд негативных последствий:

- нестабильность шинирующей конструкции и постоянное ослабление лигатур;
- травматизация десневых сосочков и возникновение гингивитов, снижение показателей гигиенического индекса;
- отсутствие полноценного питания и качественного ухода за полостью рта и т. д.

Цель исследования – оптимизация репаративного остеогенеза путем использования предложенной нами методики иммобилизации фрагментов челюсти и низкочастотной электротерапии.

Материал и методы исследования

Предлагаемый нами метод устраняет негативные эффекты ортопедических конструкций.

На вестибулярные поверхности зубов обеих челюстей фотокомпозитом фиксируем «кнопки», изготовленные из полимера (рис. 1) с учётом анатомических особенностей каждого зуба, на которые накладывают резиновые тяги (рис. 2).



Рис. 1

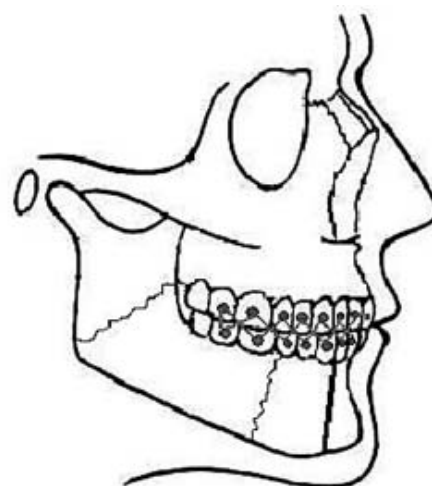


Рис. 2

На вторые сутки после иммобилизации фрагментов начинается применение низкочастотной электротерапии следующие в последовательности пятого рода работы (VPP, ПЧП, перемежающиеся частоты паузы) сочетание чередующихся посылок тока с различными частотами модуляции в диапазоне от 10 до 150 Гц и пауз между ними [1].

Такой режим обеспечивает слабовыраженную контрастность воздействия синусоидальных модулированных токов на фоне пауз и обладает мягким нейромюстимулирующим и трофическим действием. Продолжительность проводимых через день воздействий не превышает 20 минут. Дозирование процедур осуществляется по плотности тока, частоте и глубине модуляции, длительности посылок. Плотность тока не превышает $0,1 \text{ мА/см}^2$.

Проведено исследование низкочастотной электротерапии и его влияния на морфологические показатели периферической крови у пациентов с травматическими повреждениями челюстных костей. Всего обследовано 64 больных в возрасте от 18 до 56 лет в двух группах (32 пациента с традиционными методами лечения и 32 – по предлагаемой нами методике).

Компьютерная морфометрия и иммунологическое исследование проводилось на 1-е и 14-е сутки путём забора крови из локтевой вены в 9 часов утра натощак. Измеряемые морфометрические параметры, форменных элементов периферической крови включают 9 геометрических характеристик, 2 оптические характеристики проведены на аппарате «Мекос-Ц» [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Проведённое лечение больных с использованием низкочастотной электротерапии продемонстрировало его высокую клиническую эффективность. У больных в течение первых трёх суток после начала физиотерапевтических процедур существенно снижалась интенсивность болей в области травматического поврежденного участка челюстных костей.

Проводимый в динамике контроль общеклинических, цитоморфометрических показателей и гигиенических индексов позволил констатировать более раннюю нормализацию основных параметров гомеостаза. В группе получавших по предложенной нами методике курс низкочастотной электротерапии отмечена нормализация уровня геометрических и оптических показателей клеток крови и в значительной степени гигиенических индексов в сравнении с традиционными методами иммобилизации с использованием лигатурной проволоки.

Согласно полученным в ходе исследования данным, у больных с травматическими повреждениями челюстных костей отмечены морфологические сдвиги показателей форменных элементов периферической крови, что позволяет прогнозировать нарушение репаративного остеогенеза в сравнении с контрольной группой.

Заключение

Предлагаемый комплексный метод позволяет избежать негативных факторов, присущих традиционным методам лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В.М. Общая физиотерапия. – М.-СПб., 1996. – 120 с.
2. Козинец Г.И. Кровь и инфекция. – М.: Триада-Фарм, 2001. – 235с.

УДК 616.31:614.23:616.314

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА В СЕМЬЯХ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Соловьев А.А., Аболмасов Н.Н., Гелетин П.Н., Грейнер Т.М.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»;
Вяземская стоматологическая поликлиника

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MAIN CHARACTERISTICS OF TEETH AND PERIODONTIUM STATE IN STOMATOLOGISTS' FAMILIES

Soloviyev A.A., Abolmasov N.N., Geletin P.N., Greiner T.M.

The Smolensk State Medical Academy;
The Vyasma Stomatological Out-Patient Department

Приведены результаты анализа стоматологического статуса в семьях врачей-стоматологов Смоленска, Орла, Калуги, Москвы, Брянска, Тулы и соответствующих областей. Исследование показывает более высокий уровень санации в семьях врачей-стоматологов. Полученные предварительные выводы согласуются с данными литературы о высокой эффективности первичной профилактики основных стоматологических заболеваний в рамках семейной диспансеризации.

Results of dental status analysis of stomatologists' families of Smolensk, Orel, Kaluga, Bryansk, Tula and their regions are given in the article. Research reveals the higher level of oral cavity sanitation in stomatologists' families. Preliminary findings received are conformed by literature data of high efficacy of the initial prophylaxis of common dental diseases in case of family's follow-up study.

Несмотря на фундаментальные исследования этиологии, патогенеза основных стоматологических заболеваний и разработанных на этой основе методов профилактики и лечения, проблемы предупреждения кариеса зубов и болезней пародонта далеки от своего окончательного решения. Концепция профилактической стоматологии заключается в разработке различных стратегий с учетом факторов риска, характерных для соответствующих возрастных категорий, ранней диагностике, долговременном мониторинге пациентов [3]. В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1980) целесообразно выделять первичную, вторичную и третичную профилактику.

Основной организационный принцип профилактики, который не потерял своего значения и до настоящего времени, высказал (еще в 1925 году) Н.А. Семашко: «Профилактика — путь, которым мы идем, диспансеризация есть метод решения профилактических задач».

Весьма трудно проводить диспансеризацию в популяции, стране, регионе, но есть возможность доказать, что роль профилактических мероприятий можно значительно повысить в семье. Имеется психологическая готовность семьи и врача к совместной работе по профилактике заболеваний, лечению и реабилитации пациентов [2].

Цель нашего исследования состоит в повышении эффективности профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с различными формами травматической окклюзии в рамках семейной диспансеризации.

В данном сообщении мы приводим результаты анализа стоматологического статуса в 184 семьях врачей-стоматологов (721 человек, возраст членов семей — в диапазоне 3–74 лет) Смоленска, Орла, Калуги, Москвы, Брянска, Тулы и соответствующих областей. Для исследования нами составлена и адаптирована специальная схема-анкета, в которую заносятся данные о количественном и возрастном составе семьи, состоянии соматического здоровья, зубочелюстной системы каждого её члена (КПУ, соблюдении гигиены полости рта, периодичности осмотров и санации, характере и количестве дефектов зубных рядов в соответствии с классификацией Кеннеди).

При обследовании и заполнении анкеты все респонденты были распределены в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1989) на шесть групп, а именно: 3 года, 6, 12, 15 лет, 35–44 года и 65–74 года. Выделение именно таких групп было обусловлено еще и тем, что результаты нашего исследования сравнивались с аналогичными, ранее полученными Э.М. Кузьминой

(2001), которая придерживалась подобной возрастной градации. Сравнивался уровень санации, где это было возможно. Данный показатель включает в себя КПУ, наличие назубных отложений, кровоточивости десен, кратность обращения к стоматологу.

По результатам анкетирования, в 138 семьях насчитывалось 1–4 детей, а в 46 семьях их вообще не

было. Сравнение результатов исследования (табл. 1) с данными вышеуказанного автора показало, что несоответствие цифровых данных наиболее выражено у детей трехлетнего возраста (в частности, индекса КПУ, по нашим данным и литературным: 1,3 против 3,7), 12 лет (2,7 и 3,9 соответственно), а также в возрастных группах 35–44 (8,7 и 11,1) и 65–74 лет (16,9 и 19,9).

Таблица 1. Сравнительный анализ показателей стоматологического здоровья по данным анкет

Показатель* / Возрастные группы (годы)	3 (n = 12)	6 (n = 10)	12 (n = 14)	15 (n = 21)	35–44 (n = 98)	65–74 (n = 47)
КПУ	1,3/3,7	0,6/0,7	2,7/3,9	4,3/5,9	8,7/11,1	16,9/19,9
Кровоточивость десен (%)	–	2,8	8,1	12,7	21,3/37,7	68,9
Назубные отложения (%)	–	–	1,2	6,4	26,4/54,2	34,1
Использование дополнительных средств гигиены органов полости рта (%)	–	–	46,9	67,9	93/8,3	94,2
Нуждаемость в протезировании (%)	–	–	–	–	7/56	9,4/66

Примечание. * В числителе приведены данные проведенного нами анкетирования, в знаменателе – Э.М. Кузьминой (2001).

Характерно, что по результатам нашего исследования отличались не только количественные показатели, но и качественный состав (структура) КПУ. Так, из таблицы 1 видно, что этот индекс (по результатам нашего исследования) был намного ниже и складывался преимущественно из пломбированных ($88,3 \pm 1,2\%$) и удаленных ($11,7 \pm 1,2\%$) зубов (невыведенного кариеса отмечено не было), в то время как по данным литературы [1] этот показатель был значительно хуже, в основном за счет преобладания зубов, пораженных кариесом.

Из других составляющих уровня санации нам удалось сравнить в некоторых возрастных группах и использование дополнительных средств гигиены полости рта, показатели кровоточивости, наличие назубных отложений, нуждаемости в протезировании. Других, более подробных данных в приведенных литературных источниках не было. Следует отметить, что большинство респондентов ($93 \pm 1,1\%$) пользуются дополнительными средствами гигиены органов полости рта. Характерно, что кратность и своевременность осмотров соблюдались у всех членов семей врачей-стоматологов. Результаты проведенного опроса в виде анкетирования мы проверили для большей достоверности при непосредственном обследовании в 20 семьях (69 человек), и полученные данные в основном совпали с анкетными.

Такое расхождение цифровых и структурных данных можно, по-видимому, объяснить тем, что в семьях врачей-стоматологов лучше соблюдались гигиена полости рта с применением дополнительных

средств, кратность и своевременность осмотров, то есть имели место элементы семейной диспансеризации. В одной из граф нашей анкеты был поставлен вопрос о необходимости семейного стоматолога, и подавляющее большинство респондентов ($96 \pm 0,9\%$) признают необходимость этого.

Таким образом, наши (пока еще незначительные по объему) исследования показывают более высокий уровень санации в семьях врачей-стоматологов. Полученные предварительные выводы согласуются с данными литературы о высокой эффективности первичной профилактики основных стоматологических заболеваний в рамках семейной диспансеризации. Имея доказательную базу преимуществ семейной диспансеризации, легче будет аргументировать необходимость ее использования на региональном и федеральном уровнях.

Понимая невозможность влияния медицинских работников на коренные причины ухудшения здоровья населения России, необходимо сконцентрировать внимание на проведении первичной профилактики, а сохранение «здоровья здоровых» как раз и является одним из её системообразующих принципов. Основу профилактики многие клиницисты, с мнением которых мы согласны, видят в семейной диспансеризации. Этот вопрос требует более подробного и тщательного изучения. Интегральным стержнем программы семейной диспансеризации может быть, по нашему мнению, «паспорт стоматологического здоровья», который и должен включать эти аспекты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2001. – 214 с.
2. Образцов Ю.Л., Юшманова Т.Н. Динамика частоты и структуры зубочелюстных аномалий у детей Архангельской области за 20 лет // Российский стоматологический журнал. – 2001. – №2. – С. 29-31.
3. Соловьева А.М. Совершенствование методов профилактики и лечения хронической очаговой одонтогенной инфекции: Автореф. дисс. д-ра мед.наук. – СПб., 2000. – 35 с.

УДК 617. 52/53-002+615.83

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ ГОРОДА СМОЛЕНСКА

Тургенева Л.Б., Петрова Е.В., Тихомирова Л.А.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

PHYSIOTHERAPY IN SMOLENSK DENTAL OUT-PATIENT DEPARTMENTS

Turgeneva L.B., Petrova E.V., Tikhomirova L.A.
The Smolensk State Medical Academy

Физиотерапевтическая помощь в стоматологических поликлиниках города Смоленска широко применяется в комплексном лечении больных с различными заболеваниями. Наибольшее (65,6%) распространение имеет лазерная терапия. Перспективным представляется применение полупроводниковых лазерных аппаратов и физиотерапевтических аппаратов-комплексов, которые могут использоваться как для диагностики, так и для лечения стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: физиотерапия, электрофорез, лазеротерапия.

Physiotherapy is widely used in the complex management of patients with different diseases in Smolensk dental out-patients departments. The most common one is laser therapy (65,6%). It seems to be an advanced idea to apply semiconductor laser devices and complex apparatuses for physical therapy both for diagnostics and for treatment of dental diseases.

Key words: physiotherapy, electrophoresis, laser therapy.

Физиотерапия остается одной из наиболее привлекательных и динамично развивающихся областей медицины. В мире интенсивно растет выпуск физиотерапевтических аппаратов и число фирм-производителей.

Несмотря на то что большинство лечебных физических факторов обладает преимущественно патогенетическим, а не этиотропным действием, они активно включаются в схемы лечения больных с различными заболеваниями. Своевременное и правильное назначение физиотерапевтических процедур в комплексной терапии заболеваний позволяет либо купировать начальные проявления патологического процесса, снизить степень его выраженности, тяжесть клинических симптомов и вероятность возникновения осложнений, либо ускорить смену фаз патологического процесса, что позволяет провести

другие методы лечения в более благоприятных условиях.

В Смоленске физиотерапевтические кабинеты имеются в областной клинической стоматологической поликлинике, городских стоматологических поликлиниках № 1, № 2, № 3. Обеспечивают работу кабинетов квалифицированные врачи Тихомирова Л.А., Тарасова Н.И., Мелькина С.А., Демидова Т.С. и опытные медицинские сестры.

Сотрудники физиотерапевтических кабинетов выполняют большой объем работы. Так, за 2007 и 2008 гг. физиотерапевтическими кабинетами стоматологических поликлиник города Смоленска выполнено количество процедур: в СОКСП – 10108-10519; МЛПУ ГСП № 1 – 7215-9730; МЛПУ ГСП № 2 – 5727-4008; МЛПУ ГСП № 3 – 9435-11834. Физиокабинетами четырех стоматологических поликлиник горо-

да Смоленска выполнено физиопроцедур (всего): в 2007 году – 32485, в 2008 – 36091. Наибольшая активность в назначении и проведении физиопроцедур на ставку врача-стоматолога отмечена в ГСП № 3, а наименьшая – в ГСП № 2.

С целью изучения информированности врачей о физиотерапевтических методах при лечении стоматологических заболеваний нами проведено анкетирование 76 врачей стоматологов-терапевтов и пародонтологов. Все анкетированные были из муниципальных клиник со стажем работы от 5 до 15 и свыше 15 лет.

Согласно анкете, все врачи отмечают улучшение общего состояния и стоматологического статуса у пациентов после проведенного физиотерапевтического лечения.

На вопрос: «Часто ли Вы применяете физиотерапевтические методы лечения?» – 30% врачей со стажем до 10 лет дают отрицательный ответ; 18% из них объясняют это отсутствием физиотерапевтических аппаратов, 7% – отсутствием информированности о показаниях к применению физиолечения. Анализируя данные анкетирования, мы выяснили следующее:

при лечении кариеса в стадии пятна применяют электрофорез глюконата кальция 37% врачей;

при лечении пульпита при непроходимых корневых каналах зубов 55,5% врачей назначают электрохимический некроз пульпы;

при лечении хронических форм периодонтита – трансканальный электрофорез 5% йод-йодистокалиевого раствора 55% врачей;

при остром обострении и обострении хронических форм периодонтита 70% врачей назначают анодгальванизацию; 44% – флюктуоризацию; 52% – СВЧ-терапию; 60% – лазеротерапию; 15% – УВЧ-терапию.

Пародонтологи в своей работе применяют вакуумную терапию, электрофорез и ультрафонофорез лекарственных веществ на десны, лазерную терапию, магнитотерапию, УВЧ-терапию, флюктуоризацию. Однако не все они назначают дарсонвализацию, хотя этот метод лечения дает хорошие результаты при лечении пародонтита, а также гингивита и пародонтита в стадии ремиссии.

Из применяемых физиотерапевтических методов воздействия в настоящее время наибольшее распространение получила лазерная терапия (в среднем 65,6% от всего количества физиопроцедур, по данным отчетов физиокабинетов за 2008 год).

Лазерная терапия отличается следующими преимуществами:

- высокоэффективна при довольно широком перечне заболеваний;
- обеспечивает точную дозировку физического фактора при проведении процедур;
- хорошо сочетается с другими известными методами лечения (консервативными, хирургическими) и повышает их эффективность.

При знакомстве с работой физиотерапевтических кабинетов мы отметили, что оборудование большей частью устарело, изношено и требует замены. Так, в физиотерапевтическом кабинете СОКСП используются аппараты АСБ-2, ОН-7 1971 года выпуска, ЛУЧ-2 – 1974, ЭОМ-1 1976 г. в., ОКУФ-5 М 1977 г. в.

Тем не менее, несмотря на финансовые трудности, за последние 5 лет в СОКСП приобретены следующие физиотерапевтические аппараты: УВЧ-60, «Поток-1», многофункциональный аппарат для лечения импульсными токами «Ирга», «Пульпотест», «Ультразвук-102С», «SOFT-LASER 202». В ГСП № 1 приобретены аппараты для лазерной терапии «Улыбка» и «Рикта». В ГСП № 3 – «Искра-1», «Улыбка», УВЧ-60. В ГСП № 2 физиотерапевтическое оборудование за последние 5 лет не приобреталось.

Перспективным, по нашему мнению, может быть приобретение и использование таких полупроводниковых лазерных аппаратов, как «Матрикс-стоматолог», «Узор-А-2-стоматолог» (они портативны, безопасны, удобны в эксплуатации, доступны по цене), а также таких физиотерапевтических аппаратов-комплексов, как «Пародонтолог», предназначенных для диагностики и лечения заболеваний пародонта. С помощью этого аппарата можно проводить процедуры как изолированно, так и в сочетании (вакуумный массаж и вакуумную терапию, лазеротерапию, магнитотерапию, электро- и депофорез).

Руководителям лечебных учреждений следует уделять больше внимания работе физиотерапевтических кабинетов и вопросам их модернизации.

Врачи-стоматологи для повышения эффективности лечения должны использовать весь арсенал лечебных воздействий, в том числе и физиотерапевтических. Важно правильно выбрать методику такого воздействия физическими факторами, определить параметры, так как от этого зависит выраженность общей и местной реакции организма, конечный результат комплексной терапии.

УДК 616.31-089+615.472.3:533.9

ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ «СКАЛЬПЕЛЬ-1» В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Тюрин С.В., Бабичева Т.Г.

ГУЗ «Областная стоматологическая поликлиника», г. Брянск

ADVANTAGE OF SURGICAL LASER EQUIPMENT «SCALPEL-1» APPLICATION IN OUT-PATIENT SURGICAL STOMATOLOGY

Tyurin S.V., Babicheva T.G.

The Bryansk District Stomatological Out-Patient Department

Авторами представлены клинические данные по хирургическому лечению больных с доброкачественными новообразованиями тканей полости рта. Показано преимущество лазерной хирургии по сравнению с традиционным методом лечения.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, лазерная хирургия.

Clinical data on surgical treatment of patients with benign neoplasms of oral cavity tissues are presented. Advantage of laser surgery method of treatment comparatively to traditional one is revealed.

Key words: benign tumours, laser surgery.

Хирургический способ лечения доброкачественных новообразований полости рта с применением высокоинтенсивного лазерного луча в последнее десятилетие является наиболее приемлемым в условиях поликлиники. Этот метод обладает рядом положительных свойств: высокая плотность мощности, малая ширина разреза и большое поглощение излучения в биологических тканях. При этом следует отметить такие его достоинства, как коагуляционный эффект, асептичность раневой поверхности, отсутствие шума и вибрации, малая травматичность, простота работы установки. Гладкое и спокойное течение послеоперационного периода дает возможность расширения показаний к оперативным вмешательствам в амбулаторно-поликлинических условиях.

Целью настоящего исследования является демонстрация преимуществ лечения доброкачественных новообразований с применением лазерной хирургической установки «Скальпель-1».

Материал и методы исследования

На обследовании и лечении находилось 49 больных 20–60 лет с доброкачественными новообразованиями полости рта:

- папилломы – 10;
- фибромы – 5;
- эпюлиды – 11;
- ретенционные кисты – 15;
- фиброматоз – 3;
- гемангиомы – 5.

Размеры новообразований колебались от 1 до 10 мм.

Методика операции заключалась в следующем: после проводниковой и инфильтрационной анестезии (с учетом индивидуальной переносимости анестетика) намечаем линию разреза, которая, как правило, располагалась на границе здоровой ткани. Лазерным скальпелем в режиме сфокусированного пучка отсекали ткань, при этом одновременно наступала коагуляция краев раны, что обеспечивало отличный гемостатический эффект. Установка работает на основе CO₂-лазера с длиной волны 10,6 и мощностью непрерывного действия МКМ на выходе световода 20–40 Вт. Ложе удаленного таким образом новообразования обрабатывали расфокусированным лазерным пучком, формирующаяся при этом плотная коагуляционная пленка обладает весьма ценными свойствами: она создает мощный барьер, препятствующий проникновению в ткани микробов, вирусов, тем самым предотвращает выпот и испарение тканевой жидкости. Необходимо подчеркнуть, что CO₂-лазер стимулирует процессы репаративной регенерации.

Результаты исследования и их обсуждение

Послеоперационный период и заживление у больных, которым иссекли доброкачественные новообразования в полости рта с использованием лазерной установки «Скальпель», протекали гладко, без отеков и гематом, зона коагуляции формируется в поверхностных слоях, что улучшает регенерацию тканей, ускоряет эпителизацию и заживление.

Больные не нуждались в медикаментозном лечении, ежедневных перевязках и освобождении от

работы. После операции образовывались нежные, почти незаметные рубцы. Применение лазера у больных с эпюлидами челюстей позволило сохранить зубы и избежать рецидива опухоли.

Заключение

Таким образом, удаление доброкачественных новообразований полости рта проводилось легко, бескровно, с незначительным послеопераци-

онным отеком, не осложненным послеоперационным периодом, с минимальным рубцеванием. Все перечисленное выше дает возможность расширить показания к оперативным вмешательствам в амбулаторно-поликлинических условиях, а отсутствие необходимости освобождения от работы в большинстве случаев отражает материально-экономическую выгоду.

УДК 616.314-089.28-06

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБПЕРИОСТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Фурса Д.Н., Забелин А.С.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

LONG-TERM RESULTS AND POSSIBLE COMPLICATIONS IN APPLICATION OF SUBPERIOSTEAL IMPLANTS IN PATIENTS WITH TERMINAL DENTITION DEFECTS

Fursa D.N., Zabelin A.S.

The Smolensk State Medical Academy

В статье представлены отдалённые результаты лечения 120 пациентов с концевыми дефектами зубных рядов с использованием субпериостальных имплантатов при выраженной атрофии костной ткани альвеолярного отростка челюстей. Описаны и проанализированы возможные осложнения в ранний и отдаленный периоды, а также методы их лечения.

Ключевые слова: субпериостальные имплантаты, концевые дефекты зубных рядов, осложнения.

The article presents the results of application of subperiosteal implants of 120 patients with terminal dentition defects and with significant atrophy of the jaw bone. Also it contains the description analysis of early and further complications that arise when treating patients with application of subperiosteal implants.

Key words: subperiosteal implants, terminal dentition defects, complications.

Дентальная имплантация в последнее десятилетие стала одним из основных видов реабилитации пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи [1, 2, 3, 6]. Однако даже строжайшее соблюдение существующей системы показаний и противопоказаний к проведению операции дентальной имплантации, а также безукоризненное выполнение хирургической техники постановки имплантатов не дает возможности преодолеть осложнения, число которых, по данным различных авторов, варьирует в пределах от 6 до 23% [4, 5]. Наибольшее число осложнений связано с субпериостальными имплантатами, что объясняется не столько их конструктивными недостатками, сколько тем, что их используют при неблагоприятных анатомических условиях (значительная атрофия костной ткани альвеолярных отростков

челюстей), когда применение внутрикостных имплантатов не представляется возможным [7, 8]. Среди всей номенклатуры дентальных имплантатов, субпериостальные имплантаты наиболее сложны – как по конструкции, так и по технологии их установки [6].

Цель исследования – анализ осложнений при субпериостальной имплантации, выявление их причин и определение тактики хирургического лечения.

Материал и методы исследования

Материалом для анализа послужили наблюдения за 120 пациентами в возрасте от 39 до 63 лет, которым было установлено 156 частичных субпериостальных имплантатов. В подавляющем большинстве случаев (114 пациентов) субпериостальные имплантаты применялись при концевых дефектах зубных рядов (95% от общего числа). Конструкция и форма имплантатов

зависели от степени атрофии костной ткани челюстей, протяженности и локализации дефектов зубных рядов. После операции все пациенты находились под диспансерным наблюдением.

На этапах наблюдения клиническое состояние тканей в области имплантата оценивали, исходя из жалоб и результатов осмотра полости рта, обращая внимание на окраску слизистой оболочки, состояние швов, наличие отделяемого из раны. В различные сроки после операции проводили также контрольное рентгенологическое обследование, на основании полученных данных определяли причины осложнений и классифицировали их согласно этапам лечения. В обследовании пациентов участвовали как хирурги, так и ортопеды, так как следовало оценить не только состояние тканей в зоне имплантата, но и состояние протезов.

Длительность наблюдений за пациентами составляла от 3 до 7 лет. Осложнения по срокам подразделили на ранние – возникающие во время хирургического этапа лечения и в течение первого года после установки субпериостального имплантата, отдаленные – развившиеся в сроки от 1 года до 5 лет, и поздние – проявившиеся спустя 5 лет после имплантации.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов использования субпериостальных имплантатов установлено, что наиболее частыми осложнениями в послеоперационном периоде являются: образование гематом и кровоизлияния в окружающие мягкие ткани (4,16% наблюдений), расхождение краев раны (3,33% наблюдений), частичное оголение элементов субпериостального имплантата (2,5% наблюдений). К ранним осложнениям субпериостальной имплантации мы относим и 2 случая (1,66% наблюдений), когда проведение второго этапа операции было отложено из-за неудовлетворительной первичной фиксации имплантата. Наличие подвижности или баланса имплантата недопустимо и, как правило, обусловлено погрешностями во время выполнения лабораторного этапа. В таких случаях проводилось дополнительное препарирование поверхности альвеолярного отростка для улучшения условий фиксации имплантата и повторное снятие отиска.

Расхождение краев раны в послеоперационном периоде возникает при их натяжении в результате увеличения объема тканей, укрытых слизистойнадкостничными лоскутами. Это обусловлено тем, что на вестибулярной и оральной поверхностях альвеолярного отростка располагается каркас имплантата, а через гребень проходят соединяющие каркас перекидные элементы. Кроме того, на гребне располагаются опорные площадки для головок имплантата, которые возвышаются над слизистой оболочкой по гребню альвеолярного отростка. Расхождение краев раны с частичным оголением каркаса мы наблюдали и через

10–25 дней, т. е. уже после снятия швов. При натяжении краев раны простое повторное наложение швов неэффективно. Решение указанной проблемы возможно только путем местной пластики дефекта с использованием лоскута слизистой оболочки на ножке с вестибулярной стороны. Однако такие операции эффективны только в ближайшем послеоперационном периоде, когда четко видно плотное прилегание каркаса имплантата к поверхности альвеолярного отростка.

Обнажение элементов субпериостального имплантата мы также наблюдали спустя 1 год и более после операции (1,66% наблюдений). Причиной прорезывания каркасом имплантата надкостницы и слизистой оболочки в эти сроки является резорбция костной ткани альвеолярного отростка из-за значительного объема препарирования во время проведения первого этапа имплантации, а также в результате продолжающейся атрофии альвеолярного отростка. Так как при этом уменьшаются высота и объем альвеолярного отростка, то каркас имплантата уже не прилежит к поверхности кости и вследствие натяжения прорезает и надкостницу, и слизистую оболочку. Разрыв тканей быстро эпителизируется, и фрагмент каркаса возвышается над слизистой в виде дуги. В этом случае закрытие оголенной части имплантата методом местной пластики будет неэффективным. При отсутствии болей и явлений воспаления в зоне оголившейся части имплантата в большинстве случаев не требуется никаких вмешательств, при этом обязательным условием является тщательная гигиена полости рта, включая удаление налета на оголенной части имплантата. Если же оголение части субпериостального имплантата сопровождается болями, воспалением мягких тканей или вызывает косметический дефект, то тактика лечения заключается в проведении медикаментозной терапии и активной хирургической санации очагов воспаления; при частичном оголении части субпериостального имплантата производится ее отсечение, если это не нарушает фиксации имплантата. С целью профилактики подобного рода осложнений необходимо всегда минимизировать объем препарирования альвеолярного отростка и располагать каркас имплантата только на плотной кортикальной кости, менее склонной к резорбции.

Характерным осложнением, развивающимся в отдаленном периоде в сроки от 1 года до 5 лет после операции, помимо частичного оголения каркаса субпериостального имплантата, является возникновение поднадкостничных абсцессов (4,16% наблюдений). Это обусловлено недостаточным промывным пространством на протезной конструкции и ухудшением гигиены в данном участке. При этом у двух пациентов в результате воспалительного процесса наблюдалось частичное обнажение перекидных лент имплантата в области головки, однако только в одном случае нам пришлось отсечь фрагмент опорной ленты. В осталь-

ных случаях частичное обнажение элементов субпериостального имплантата не влияли на его функциональные качества, однако такие пациенты нуждаются в дополнительной мотивации к тщательному гигиеническому уходу.

Осложнения, возникающие в срок от 5 до 7 лет после операции, были аналогичны осложнениям в отдаленном периоде, однако суммарная частота их возникновения пропорционально увеличивалась.

Для успешного лечения осложнений важна их своевременная диагностика, и в этом отношении

велика роль диспансерного наблюдения, позволяющего выявить осложнения на самой ранней стадии, часто до появления клинических симптомов. Для профилактики осложнений при операциях имплантации с применением субпериостальных имплантатов весьма значимы тщательное, всестороннее обследование пациентов, правильный выбор конструкции имплантата и прежде всего опыт и профессионализм как хирурга-имплантолога, так и стоматолога-ортопеда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амхадова М.А. Применение субпериостальных имплантатов для реабилитации пациентов со значительной атрофией костной ткани челюстей //Стоматология. – 2004. – № 3. – С. 72-74.
2. Амхадова М.А. Использование компьютерной томографии на этапах планирования субпериостальной имплантации //Российский стоматологический журнал. – 2004. – №2. – С. 31-32.
3. Бессонов В.И., Российский П.В. Субпериостальная имплантация: лечение, возможные осложнения, отдаленные результаты //Клиническая имплантология и стоматология. – 2001. – № 1/2. – С. 41-43.
4. Иванов А.Г., Матвеева А.И. Биомеханические основы распределения жевательных нагрузок в системах естественные зубы – имплантаты //Российский стоматологический журнал. – 2000. – № 2. – С. 41-44.
5. Петрунин П.В. Клинико-функциональное обоснование выбора протезной конструкции с опорой на субпериостальные имплантаты: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Москва, 2006. – 26 с.
6. Безруков В.М., Кулаков А.А. Субпериостальная имплантация – как метод хирургической реабилитации пациентов со значительной атрофией челюстей //Российский вестник дентальной имплантологии. – 2003. – № 1. – С. 60-64.
7. Федорова Н.С., Скворцов О.В. Применение поднадкостничных имплантатов при протезировании концевых дефектов зубных рядов //Стоматология-2004: Материалы Российского научного форума. – М., 2004. – С. 171-173.
8. Gard A.K. (et al.) Dental implants and the geriatric patients //Implant. Dent. – 1997. – Vol. 6. – P. 168-173.

УДК 616.31-031.81

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Химич И.В., Подольский В.В., Есикова Т.С.
ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

APPLICATION OF MODERN LOCAL ANESTHETICS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN OUT-PATIENT PRACTICE

Khimich I.V., Podolskiy V.V., Esikova T.S.
The Volgograd State Medical University

По статистике, среди пациентов амбулаторного стоматологического приема не менее 30% страдают различными соматическими заболеваниями в компенсированной форме. Наиболее часто (29%) отмечаются сердечно-сосудистые заболевания. Частота осложнений местной анестезии у этих па-

циентов достоверно выше – 4,5% (у практически здоровых – 3,5%). Учитывая вышесказанное, следует тщательно планировать предстоящее стоматологическое вмешательство для каждого пациента, уделяя существенное внимание выбору местного анестетика.

Выбор местного анестетика для этой категории пациентов обусловлен необходимостью, во-первых, достижения максимальной эффективности обезболивания, во-вторых, сведением к минимуму системного воздействия на организм веществ, входящих в состав местноанестезирующего препарата [1, 2, 3].

Цель и задачи

Повышение эффективности местного обезболивания при амбулаторных хирургических стоматологических вмешательствах у лиц с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями; профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы исследования

Оценив основные фармакологические параметры действия различных местных анестетиков, возможность их использования без катехоламинов и в сочетании с вазоконстрикторами в разнообразных концентрациях, мы остановили свой выбор на следующих препаратах: 3% Scandonest (3% мепивакаин, без вазоконстриктора), 4% Articaine (4% артикаин 1:200000 Адп), 4% Articaine (4% артикаин 1:100000 Адп), 4%

Ultracain DS forte (4% артикаин, 1:100000 Адп).

Было принято 73 пациента (мужчин и женщин среднего и старшего возраста) с сердечно-сосудистой патологией в стадии компенсации. У 42 пациентов имелась хроническая ишемическая болезнь сердца, у 31 – гипертоническая болезнь.

Нами было произведено удаление зубов по поводу хронического периодонтита и хронического периодонтита в стадии обострения (37 и 36 человек соответственно). Всем пациентам до вмешательства и по его завершении измеряли АД и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Во время вмешательства визуально-анамнестически определяли клиническую эффективность анестезии по 4-х бальной шкале: 0 – анестезии нет, 1 – анестезия слабая, 2 – анестезия средняя, 3 – абсолютно безболезненное вмешательство.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты эффективности обезболивания при использовании различных анестетиков представлены в таблице 1.

Таблица 1

Анестетик	Мужчины 29	Женщины 44	Хронический периодонтит				Хронический периодонтит в стадии обострения			
			37				36			
			эффективность обезболивания							
0	1	2	3	0	1	2	3			
3% Scandonest	6	10	–	–	3	5	–	2	3	3
4% Articaine 1:200000 Адп	8	16	–	–	2	11	–	3	5	3
4% Articaine 1:100000 Адп	9	9	–	–	–	9	–	–	2	7
4% Ultracain DS forte 1:100000 Адп	6	9	–	–	–	7	–	–	2	6
ВСЕГО	29	44	–	–	5	32	–	5	12	19

Как видно из таблицы, все применявшиеся анестетики обеспечивали достаточную глубину обезболивания при удалении зубов по поводу хронического периодонтита вне обострения (средний уровень – 5 наблюдений, или 13,5%, абсолютно безболезненное вмешательство – 32 наблюдения, или 86,5%). Средний уровень обезболивания отмечен исключительно при проведении мандибулярной анестезии (3 наблюдения 3% Scandonest и 2 наблюдения 4% Articaine с минимальным содержанием адреналина 1:200000). При удалении зубов на верхней челюсти по поводу хронического периодонтита вне обострения все применявшиеся анестетики показали абсолютную их эффективность.

Аналогичная закономерность выявлена в группе больных с хроническими периодонтитами в стадии обострения: слабый уровень обезболивания – 5 наблюдений (14%), средний уровень – 12 наблюдений (33%), безболезненное вмешательство – 19 наблюдений (53%). Наименьшую эффективность продемонстрировали 3% Scandonest и 4% Articaine с минимальным содержанием адреналина 1:200000 при

удалении моляров и премоляров нижней челюсти. Наилучшие результаты были получены при использовании растворов артикаина с большим содержанием вазоконстриктора 1:100000 адреналина (4% Articaine, 4% Ultracain DS forte).

Ни в одном наблюдении, в том числе при сохранявшейся болезненности во время вмешательства, грубые гемодинамические сдвиги не наблюдались.

Выводы

1. Все препараты продемонстрировали достаточную клиническую эффективность для решения хирургических задач амбулаторного стоматологического приема у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации.

2. С целью предупреждения сердечно-сосудистых осложнений рационально использовать препарат (4% артикаин) с добавлением адреналина 1:200 000, поскольку в большинстве случаев увеличение содержания вазоконстриктора до 1:100 000 не имеет клинически значимых преимуществ.

3. Рекомендовать 3% Scandonest (3% раствор мепивакаина) без вазоконстриктора как препарат

выбора пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации и если по данным анамнеза имеется повышенная чувствительность к адреналину или его стабилизатору бисульфиту.

4. Использовать 4% артикаин (Ultracain DS forte, 4% Articaine) с добавлением адреналина 1:100 000 у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации при наличии острых воспалитель-

ных явлений, а также при отсутствии у них в анамнезе повышенной чувствительности к адреналину или его стабилизатору бисульфиту.

N. B. Следует помнить, что внутрисосудистое введение анестетиков, содержащих высокие концентрации катехоламинов, особенно опасно для пациентов групп риска, прежде всего для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической клиники. – М: ГОУ ВУМНЦ МЗ РФ, 2002. – 144с.
2. Зорян Е.В., Анисимова Е.Н., Московец О.Н., Рабинович С.А. Артикаиновые анестетики – препараты выбора в современной стоматологии. Клинико-фармакологический аспект применения артикаинсодержащих анестетиков //Новое в стоматологии. – 2002. – № 6. – С. 15-19.
3. Петрикас А.Ж. Какой сегодня применять местный анестетик? //Новое в стоматологии. – 1998. – № 2. – С.19-27.

УДК 616.31(083.13)

ПОЛИПАТИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ КАРТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ)

Цепов Л.М., Цепова Е.Л., Михеева Е.А., Голева Н.А., Нестерова М.М.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

POLYPATHIA IN DENTAL PATIENTS (ACCORDING TO THE DATA OF RETROSPECTIVE STUDY OF MEDICAL RECORDS OF DENTAL PATIENTS)

Tsepov L.M., Tsepova E.L., Mikheeva E.A., Goleva N.A., Nesterova M.M.
The Smolensk State Medical Academy

В последние годы всё большее внимание уделяют состояниям с сочетанием двух и более заболеваний у одного пациента. Сосуществование болезней нередко в отечественных работах описывают как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния. В зарубежной литературе чаще применяют термин «коморбидные заболевания» или состояния.

Ключевые слова: полипатии, коморбидность, коморбидные заболевания.

In recent years the more attention is paid to the conditions with a combination of two or more diseases in one patient. In Russian publications the co-existence of diseases is quite often described as combined, concomitant, associated diseases and disorders. In foreign publications the term comorbid diseases or disorders is commonly used.

Kew words: polypathia, comorbidity, multimorbidity.

В 1948 году ВОЗ дала следующее определение здоровью человека: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Современная концеп-

ция общественного здравоохранения большинства развитых стран ориентируется на интегрированный подход путем снижения или устранения общих факторов, являющихся причиной возникновения нескольких хронических неинфекционных заболеваний [32].

Наряду с выборочными профилактическими осмотрами населения стоматологическая заболеваемость в СССР и в России изучалась также по материалам обращаемости в лечебные учреждения. Изучение стоматологической заболеваемости по обращаемости осуществлялось как на основе медицинских материалов стоматологических учреждений одного города [21], так и данных, полученных из аналогичных учреждений с охватом большого числа городов. Ещё в 1940 году И.З. Озерян и Р.С. Шноль [40] использовали материалы стоматологического обследования около 4000 больных, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику. Они выявили зависимость распространённости заболеваний пародонта от пола и тяжести течения от возраста. По мнению некоторых авторов [28], данные стоматологической заболеваемости по обращаемости могут служить вполне обоснованным критерием состояния здоровья и использоваться при планировании специализированной стоматологической помощи.

Сравнение методов стоматологического обследования путем больших и малых выборок позволило [1] прийти к заключению, что метод малых выборок позволяет за сравнительно короткие сроки получить вполне достоверную информацию, обладающую должной репрезентативностью. Согласно последним методическим рекомендациям ВОЗ [49, 66], разработан оптимальный объем выборки в каждом индексном возрасте и возрастной группе в количестве от 25 до 50 лиц.

Актуальность проблемы множественных заболеваний, или полипатий, обусловленных сочетанными и комбинированными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, болезнями обмена веществ, патологией органов и тканей полости рта, не вызывает сомнений [13, 14, 22, 23, 24, 25, 27, 53, 60]. В свете современных знаний хронический генерализованный пародонтит считается мультифакториальным заболеванием, тем самым подчеркивается отсутствие определенного этиологического фактора. Зубной налет рассматривается как необходимый компонент для развития заболеваний пародонта, но его абсолютная роль в этом должна быть подвергнута сомнению [68]. А в патогенезе пародонтита многое решает иммунная система [42, 48, 58].

Нужно отметить, что у отдельно взятого пациента, особенно в пожилом возрасте, выявляется, как правило, определенный набор заболеваний. Накоплено множество свидетельств сопряженности хронического генерализованного пародонтита с различными заболеваниями внутренних органов [45]. В работах, посвященных анализу причин возникновения заболеваний пародонта, большое значение придается общесоматической патологии – как фактору, определяющему сопротивляемость тканей пародон-

та к патогенным воздействиям. Важнейшими при этом являются заболевания эндокринной системы [36] (так, например, при сахарном диабете – в 29–100% случаев [6, 37, 38, 54, 69]), крови и кроветворных органов [46], заболевания желудочно-кишечного тракта [7, 8, 22, 31, 39, 44, 51], почек и мочеполовых органов [3, 29, 41, 55], нарушения минерального обмена [13], болезни сердечно-сосудистой и дыхательной систем [9, 12, 15, 17, 18, 43, 47], заболевания опорно-двигательного аппарата [11], ЛОР-патология [16, 19, 26] и другие формы соматической патологии [4, 50], психические заболевания [34], синдромные поражения [57], подтверждающие тесную органную, этиологическую и патогенетическую взаимосвязь заболеваний пародонта, слизистой оболочки рта, языка и других органов и систем организма [5, 56, 59, 64, 65, 67].

Системный остеопороз может быть фактором риска генерализованного пародонтита. В свою очередь, генерализованный пародонтит является одним из ранних признаков системного остеопороза [62]. Указывается на влияние хронического стресса и хронического психоэмоционального напряжения [33] как на фактор, способствующий возникновению различных нарушений в организме.

Серьезным фактором риска возникновения и развития заболеваний пародонта является курение [20, 70, 71]. Входящие в состав табачного дыма химические соединения повреждают различные морфологические структуры эпителиального покрова полости рта и дыхательных путей, чувствительные к окислительному стрессу, вызванному табачным дымом [63].

Таким образом, пародонтит – многофакторное заболевание. С одной стороны, нельзя отрицать справедливость тезиса «нет бактерий – нет пародонтита». С другой стороны, бактерии, в том числе и пародонтопатогенные, далеко не всегда вызывают пародонтит [10].

Следовательно, актуальность проблемы множественных (сочетанных) заболеваний, или полипатий, обусловленных сочетанными и комбинированными заболеваниями пародонта, сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, болезнями обмена веществ и другими соматическими и неврологическими формами патологии, не вызывает сомнений. Высокая распространенность хронических неинфекционных заболеваний обусловлена чрезвычайной распространенностью их факторов риска, роль которых в формировании полипатий до сих пор изучена недостаточно.

Целью исследования была оценка распространенности заболеваний пародонта при множественных заболеваниях у мужчин и женщин, обратившихся в стоматологические поликлиники города Смоленска.

Материал и методы исследования

При анализе записей стоматологов в медицинских картах стоматологических больных учи-

тивалось наличие основного стоматологического заболевания (гингивит, пародонтит), сведения, полученные при опросе больных о соматических заболеваниях. Все обследованные были подразделены на группы: отсутствие указаний о наличии соматической патологии, лица с одним соматическим заболеванием, двумя, тремя, четырьмя и более.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Анализ данных таблицы позволяет констатировать, что ХГК отмечен у лиц как при отсутствии соматической патологии, так и при наличии одной-двух сочетанных форм их. Число пациентов с ХГПсс и ХГПтс нарастало по мере увеличения у них количества соматических болезней.

Таблица 1. Распространенность соматической патологии (абс.; % $M \pm m$) у больных с хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХГКГ) и хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) легкой, средней и тяжелой степени (лс, сс, тс)

Количество соматических болезней	Пол, возраст больных, заболевания пародонта										ХГКГ	ХГПлс	ХГПсс	ХГПтс	
	всего больных	муж.	жен.	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	61–70 лет	71–80 лет	81 и > лет						
Нет	31,2± 0,05 (262)	33,9± 0,18 (89)	66,1± 0,18 (173)	45,8± 0,19 (120)	35,1± 0,18 (92)	17,5± 0,14 (46)	1,5± 0,05 (4)	–	–	–	10,7± 0,12 (28)	48,5± 0,19 (127)	37,8± 0,18 (99)	3,05± 0,06 (8)	
Одна	40,8± 0,14 (343)	38± 0,12 (130)	62± 0,12 (213)	23,0± 0,12 (79)	21,3± 0,12 (73)	37,3± 0,14 (128)	14,0± 0,1 (48)	3,5± 0,05 (12)	0,9± 0,02 (3)	0,9± 0,02 (3)	11,3± 0,09 (39)	29,7± 0,13 (102)	49,0± 0,14 (168)	10,0± 0,08 (34)	
Две	15,6± 0,27 (131)	44,3± 0,4 (60)	55,7± 0,4 (71)	16,8± 0,3 (22)	12,2± 0,25 (16)	27,5± 0,34 (36)	31,3± 0,3 (41)	7,6± 0,2 (10)	4,6± 0,15 (6)	0,15 (6)	3,8± 0,14 (5)	35,0± 0,36 (46)	50,4± 0,4 (66)	10,0± 0,2 (14)	
Три	10,4± 0,34 (88)	12,5± 0,37 (11)	87,5± 0,37 (77)	3,4± 0,2 (3)	3,4± (3)	10,2± 0,34 (9)	29,5± 0,5 (26)	37,5± 0,5 (33)	16,0± 0,4 (14)	–	–	11,3± 0,3 (10)	67,0± 0,5 (59)	21,6± 0,46 (19)	
Четыре и более	2,0± 0,82 (17)	47,0± 2,9 (8)	53,0± 2,9 (9)	–	–	–	23,5± 2,4 (4)	41,2± 2,8 (7)	35,3± 2,8 (6)	–	–	–	–	35,3± 2,8 (6)	64,7± 2,8 (11)
Итого	841	298	543	224	184	219	123	62	29	72	285	398	86		

Заключение

Одним из важнейших общих патогенетических факторов при различных заболеваниях служат нарушения клеточного обновления эпителиоцитов слизистой оболочки десны, нарушения в микроциркуляторном русле, что является основой воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта. Во всех случаях полезно детальное изучение всей медицинской документации, имеющейся у больного (амбулаторной карты, выписок из историй болезни, клинических и биохимических анализов крови). Представляется необходимой адаптация к условиям полиморбидности классических испытанных приёмов, разработанных для диагностики изолированных заболеваний [30]. Напрашивается вывод, что своим пациентам из различных групп риска врач-стоматолог должен обеспечить комплексный подход как при диагностике, так и при лечении и профилактике заболеваний пародонта [35].

Анализ приведенных данных показывает, что интенсивность поражения пародонта и СОР у лиц с соматической патологией в большей степени связана с длительностью, количеством и тяжестью течения

(соматического) заболевания, а не с возрастом. При всем различии механизмов влияния указанных форм соматической патологии на состояние пародонта, общим результатом является нарушение обменных процессов и факторов защиты тканей пародонтального комплекса, что предрасполагает к его поражению или ускоряет действие имеющихся патогенных факторов [24]. Тем более это важно для практически здоровых лиц, среди которых имеются носители бактерий, способствующих не только поражению тканей пародонта, но и содействующих формированию соматической патологии различной локализации [52].

Поскольку действию пародонтопатогенных бактерий, а также воспалению пародонта, вызванному продуктами метаболизма самих бактерий, принадлежит важная роль в формировании дисбаланса процессов костного ремоделирования, то именно эрадикация микробных агентов – в сочетании, например, с препаратами кальция и витамина D₃ – может явиться оптимальным условием комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита [2], так как базовыми препаратами в профилактике и лечении всех форм остеопороза и остеопений является назначение препаратов кальция и витамина D₃.

Основная причина недостаточного количества эпидемиологических исследований, проводимых в настоящее время в стоматологии, связана прежде всего не с недостатком тех или иных методик стоматологического обследования, а с реальными условиями их практического воплощения. Несмотря на настоятельную необходимость проведения регулярных эпидемиологических исследований стоматологического профиля [61], реальное осуществление данных исследований в подобных масштабах проблематично.

Мы полагаем, что полипатии в практике стоматолога встречаются чаще, чем принято считать, хотя

хорошо известно, что наличие сопутствующих болезней негативно влияет на течение и исход заболеваний пародонта, а это требует учета как при диагностике, так и при лечении болезней.

Таким образом, учёт взаимосвязи и взаимобусловленности соматических и стоматологических заболеваний позволит создать новые алгоритмы подхода к лечению этих заболеваний, что будет способствовать улучшению не только стоматологического, но и общего здоровья, а также качества жизни населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатьева Г.Г. Эпидемиологическое исследование заболеваний зубов и пародонта у населения Башкирской АССР: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1990. – 22 с.
2. Арутюнов С.Д., Плескановская Н.В., Наумов А.В. и др. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее //Пародонтология. – 2009. – № 1(50). – С. 3-6.
3. Астахова М.И., Герасимова Л.П., Павлов В.Н. Состояние тканей пародонта у больных хроническим пиелонефритом по данным лазерной флоуметрии //Пародонтология. – 2008. – № 2(47). – С. 15-19.
4. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. – М.: Медицина, 1979. – 188 с.
5. Барбараш Н.А., Калентьева СВ. Полость рта как зеркало организма. Взгляд физиолога //Медицина в Кузбассе. – 2009. – Спецвыпуск № 2. – С. 16-17.
6. Барер Г.М., Григорян К.Р. Пародонтит у больных сахарным диабетом I типа (обзор литературы) //Пародонтология. – 2006. – № 2(39). – С. 6-10.
7. Булкина Н.В., Косачев О.Н., Осадчук М.А. Заболевания пародонта при патологии органов пищеварения. – Самара: ООО «Офорт», 2006. – 184 с.
8. Булкина Н.В., Осадчук М.А. Некоторые механизмы возникновения и прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта у больных с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта //Пародонтология. – № 1(42). – С. 15-19.
9. Бурдули В.Н. Оценка стоматологического статуса у пациенток с остеопорозом I типа и кардиоваскулярной патологией: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.
10. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология; пер. с нем.; под ред. проф. Г.М.Барера. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 548 с.
11. Галикеева А.Ш., Булгакова А.И. Экологические аспекты развития воспалительно-дистрофических изменений в пародонте //Пародонтология. – 2009. – № 1(59). – С. 20-22.
12. Гильмияров Э.М. Стоматологический и соматический статус организма в показателях метаболизма ротовой жидкости: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Самара, 2002. – 45 с.
13. Горбачева И.А., Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю. Особенности минерального обмена у больных генерализованным пародонтитом на фоне различных заболеваний внутренних органов //Пародонтология. – 2003. – № 1(26). – С. 8-12.
14. Горбачева И.А., Шестакова Л.А. Патогенетическая коморбидность заболеваний внутренних органов и полости рта //Пародонтология. – 2008. – № 3(48). – С. 3-5.
15. Горбачева И.А., Орехова Л.Ю., Сычева Ю.А. и др. Роль сердечно-сосудистой патологии в формировании воспалительно-дегенеративных заболеваний пародонта //Пародонтология. – 2008. – № 4(49). – С. 18-21.
16. Гумерова М.И., Азнабаева Л.Ф., Чемикосова Т.С., Хуснарязанова Р.Ф. Микробиоценоз пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне тонзиллярной патологии и без нее //Пародонтология. – 2007. – № 2(43). – С. 37-39.
17. Дубровская Е.Н. Клинико-лабораторное обоснование применения препарата мексидол в комплексном лечении хронического пародонтита у больных артериальной гипертензией: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Н.Новгород, 2008. – 21 с.
18. Есипова А.А., Вилова Т.В. Особенности изменений пародонта при сердечно-сосудистых заболеваниях // Медицина в Кузбассе. – 2009. – Спецвыпуск № 2. – С.59-60.

19. Зикеева Л.Д. Зависимость течения воспалительных и вирусных заболеваний органов дыхания от стоматологического статуса больного. Комплексный, совместный со стоматологом подход к лечению и профилактике заболеваний верхних дыхательных путей. Практический опыт врача-терапевта //Пародонтология. – 2004. – № 2(31). – С. 89-92.
20. Ивановский М.О., Юшманова Т.Н. Влияние курения на показатель микроциркуляции тканей пародонта //Вопросы современной стоматологии: Сб. научных трудов. – М.: Издательское товарищество «Алмамант», 2008. – С. 213-216.
21. Каминский Л.С. К вопросу о построении сети внебольничной помощи в г. Ленинграде. – Л.: Б.И., 1934. – 86 с.
22. Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю., Горбачева И.А. Изучение взаимосвязи заболеваний пародонта с общим состоянием организма //Пародонтология. – 1996. – № 2. – С. 41-42.
23. Кирсанов А.И., Горбачева И.А. Механизмы взаимосвязи патологии внутренних органов и пародонта //Пародонтология. – 1999. – № 1. – С. 35-36.
24. Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Шабак-Спасский П.С. Стоматология и внутренние болезни //Пародонтология. – 2000. – № 4(18). – С. 23-25.
25. Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Шабак-Спасский П.С. Особенности гомеостаза и комплексная его коррекция у больных генерализованным пародонтитом //Пародонтология. – 2001. – № 1-2(19-20). – С. 26-27.
26. Кишинец Т.А. Симультанное лечение детей со стоматологической и оториноларингологической патологией: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2009. – 16 с.
27. Крылов А. А. К проблеме сочетаемости заболеваний //Клиническая медицина. – 2000. – № 1. – С. 56-58.
28. Кудрявцева Т.И. К вопросу изучения заболеваемости населения болезнями полости рта и зубов по материалам обращаемости за медицинской помощью //Здравоохранение Российской Федерации. – 1962. – № 7. – С. 15-19.
29. Кулиев М.Э. Распространенность кариеса и воспалительных заболеваний пародонта у лиц с дисфункцией предстательной железы //Стоматология для всех. – 2008. – № 4. – С. 44-45.
30. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Ефремов Л.И. Некоторые особенности клинической картины и диагностики при полиморбидности //Consilium medicum. – 2008. – Т.10. – № 12. – С. 5-7.
31. Лепилин А.В., Островская Л.Ю., Еремин А.В. Патология пародонта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (обзор литературы) //Пародонтология. – 2008. – № 4(49). – С. 10-17.
32. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2006. – 416 с.
33. Лозбенев С.Н. Воспалительные заболевания пародонта у студентов в условиях хронического психоэмоционального напряжения: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 1998. – 20 с.
34. Луханина Т.В. Оценка психо-эмоционального статуса у психически больных в связи с задачами терапии: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2009. – 20 с.
35. Масис Г. Тандем врача-стоматолога и врача узкой специальности //Стоматология Сегодня Плюс. – 2007. – май-июнь. – С. 16-19.
36. Махмудов Т.Г., Керимова Г.Э., Ибрагимова Л.К. Частота заболеваний пародонта и биохимические показатели смешанной слюны у больных диффузным токсическим зобом //Пародонтология. – 2009. – № 2(51). – С. 11-13.
37. Михеева Е.А. Применение ксидифона в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом 2-го типа: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 2004. – 18 с.
38. Мусаева Р.С. Клинико-лабораторное обоснование выбора средств гигиены полости рта при заболеваниях пародонта у больных сахарным диабетом: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 16 с.
39. Николаев А.И. Особенности развития и лечения кариеса и пародонтита у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 1998. – 22 с.
40. Озерян И.З., Шноль Р.С. О частоте пораженности населения пародонтозом //Стоматология. – 1940. – № 1. – С. 31-34.
41. Орехов Д.Ю. Клинико-биохимическое обоснование оказания стоматологической помощи пациентам, получающим гемодиализ: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.
42. Орехова Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – СПб., 1997. – 34 с.
43. Орехова Л.Ю., Долгодворов А.Ф., Крылова В.Ю. Особенности течения заболеваний пародонта у больных с бронхиальной астмой //Пародонтология. – 2007.- № 2(43). – С. 37-43.
44. Осадчук М.А., Островская Л.Ю., Исланова Е.А. Особенности лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетанными с воспалительными заболеваниями пародонта //Вестник ВолГМУ. – 2009. – Вып. 1(29). – С. 76-80.

45. Пашкова Г., Журули Н., Вавилова Т., Пашков К. О взаимосвязи соматической патологии с заболеваниями пародонта у жителей Москвы //Cathedra. – 2009. – Т. 8, № 1. – С. 59-61.
46. Петрова Т.Г. Клинико-морфологические особенности течения воспалительных заболеваний пародонта у больных лимфомами на фоне полихимиотерапии //Институт стоматологии. – 2008. – № 4(41). – С. 60-61.
47. Полторак Н.А. Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта с ишемической болезнью сердца: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2007. – 25 с.
48. Почтаренко В.А., Янушевич О.О. Генетика и пародонтология. Трудности большого пути //Стоматология для всех. – 2008. – № 4. – С. 4-6.
49. Стоматологические обследования: Основные методы. – Женева: ВОЗ, 1989. – 62 с.
50. Стрюк Р. Взаимосвязь соматической патологии с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной области //Cathedra. – 2008. – Т. 7. – № 2. – С. 52-55.
51. Сысоева О.В. Морфофункциональные нарушения слизистой оболочки полости рта и их профилактика при язвенной болезни: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Новосибирск, 2003. – 22 с.
52. Тец В.В., Орехова Л.Ю., Доморад А.А. и др. Распространенность возбудителей соматических заболеваний в нормальной микрофлоре ротовой полости //Пародонтология. – 2007. – № 4. – С. 9-12.
53. Токмакова С.И. Слизистая оболочка полости рта у лиц пожилого и старческого возраста и ее изменение при висцеральной патологии: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Омск, 2002. – 38 с.
54. Ульянова Т.В., Володина Е.В. Особенности состояния полости рта у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих сахарным диабетом //Вопросы современной стоматологии: Сб. научных трудов. – М.: Издательское товарищество «АдамантЪ», 2008. – С. 165-166.
55. Хромченков А.П. Заболевания пародонта у больных мочекаменной болезнью: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 2001. – 19 с.
56. Царев В.Н., Николаева Е.Н., Саркисян Н.А. Выявление маркеров пародонтопатогенных бактерий у пациентов с инфекционным эндокардитом //Российский стоматологический журнал. – 2009. – № 2. – С. 32-35.
57. Цепов Л.М. Изменения пародонта при синдромных поражениях //Пародонтология. – 1998. – № 4(10). – С. 3-5.
58. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.
59. Цепов Л.М., Николаев А.И. Патология пародонта как проявление соматических заболеваний (обзор литературы) //Пародонтология. – 1998. – № 1(7). – С. 28-32.
60. Цепов Л.М., Николаев А.И. Межсистемные связи при болезнях пародонта //Пародонтология. – 2003. – № 2. – С. 19-24.
61. Цепов Л.М., Забелин А.С., Басова Г.А. и др. Эпидемиология стоматологических заболеваний в Смоленской области //Вестник Смоленской медицинской академии. – 2008. – № 2. – С. 133-135.
62. Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б., Гарпач И.А., Жидких Е.Д. Генерализованный пародонтит и системный остеопороз. Клинико-рентгенологическая оценка (Часть I) //Институт стоматологии. – 2007. – № 3. – С. 98-99.
63. Чучалин А.Г. Профилактика и контроль хронических неинфекционных заболеваний //Пульмонология. – 2009. – № 1. – С. 5-10.
64. Шамурова Ю.Ю. Факторы риска множественных заболеваний //Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89, № 3. – С. 286-290.
65. Шарапова Е.А., Сучкова Н.А. Соматический статус пациентов врача-стоматолога //Медицина в Кузбасе. – 2009. – Спецвыпуск № 2. – С. 218-218.
66. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта. – Доклад научной группы ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 1980. – 66 с.
67. Юдина Н.А. Обоснование патогенетических механизмов взаимосвязи стоматологических и общих заболеваний //Стоматологический журнал. – 2004. – № 2. – С.16-19.
68. Bartold P.V., Marshall R.I., Georgiou T., Mercado F.B. Заболевания пародонта и здоровье //Пародонтология. – 2003. – № 3(28). – С. 3-9.
69. Grossi S.G., Skrepinski F.B., De Caro T. et al. Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycated hemoglobin //J. periodontal. – 1998. – Vol. 68. – № 68. – P. 713-719.
70. Machuca G., Rosales I., Lacalle J.R. Effect of cigarette smoking on oral clastasc activity in adult periodontitis patients //Periodontology. – 2000. – Vol 71. – № 1. – P. 58-62.
71. Villar C.C., de Lima A.F. Smoking influences on the thickness of marginal gingival epithelium //Pequi odontol. Bras. – 2003. – Vol. 17. – № 1. – P. 41-45.

УДК 616.31-06-07-08

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОСНОВЕ ОПТИМИЗАЦИОННО-ПРОГНОСТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

Шалаев О.Ю., Болгов С.В., Бут Л.В.

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

RATIONAL CHOICE OF CURATIVE MEASURES ON THE BASIS OF OPTIMAL PROGNOSTIC SIMULATING

Shalaev O.Y., Bolgov S.V., But L.V.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Представлены результаты прогностического моделирования развития осложнений у больных при стоматологических заболеваниях хирургического профиля. Разработаны математические модели с использованием уравнения логистической регрессии, позволяющие получить прогноз, схожий с вероятностной оценкой. Определена прогностическая значимость изучаемых параметров стоматологических больных. Представлены результаты использования разработанных моделей.

Ключевые слова: стоматологические заболевания хирургического профиля, прогнозирование развития осложнений, прогностические модели, факторы риска.

The results of prognostic simulating of complications development in patients with dental surgical diseases are presented. Mathematical models with a logistic regression equation, providing the prognosis similar to the probabilistic assessment are developed. Prognostic significance of the studied parameters of dental patients is evaluated. The results of the developed models are presented.

Key words: dental surgical diseases, prediction of complications, prognostic models, risk factors.

Несмотря на внедрение новых методик, появление частных кабинетов и развитие стоматологии в целом, количество осложнений в амбулаторной хирургической практике продолжает расти. Выбор рациональных лечебно-профилактических мероприятий является залогом благоприятного течения стоматологических заболеваний и отсутствия возможных осложнений. При этом наличие прогноза развития осложнений позволяет внести коррективы в план лечения путем назначения соответствующих превентивных мероприятий.

В связи с этим **целью настоящего исследования** явилась разработка прогностических моделей для рационализации лечения основных стоматологических заболеваний.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе МУЗ «Стоматологическая поликлиника № 5» Левобережного района г. Воронежа. Исходным материалом служила сформированная информационная база, включающая информацию о 583 стоматологических больных. Из общего множества характеристик был отобран 121 показатель, представляющий интерес с диагностической и прогностической точки зрения, в том числе пол, возраст, место жительства, локализация причины заболевания, местные и общие жалобы, функциональные нарушения, причина удаления зуба,

анамнез заболевания и жизни, перенесенные и сопутствующие заболевания, данные внешнего осмотра и осмотра полости рта, данные рентгенографии, лабораторные показатели.

Для определения прогностической ценности характеристик стоматологических больных все пациенты, у которых развились осложнения (всего 279 человек), в соответствии с развившимся осложнением были разбиты на 7 групп:

- группа 1: альвеолит – 90 чел.;
- группа 2: верхнечелюстной синусит – 17 чел.;
- группа 3: кровотечение из лунки удаленного зуба – 33 чел.;
- группа 4: лимфаденит – 19 чел.;
- группа 5: одонтогенный остеомиелит – 35 чел.;
- группа 6: одонтогенная флегмона – 44 чел.;
- группа 7: перфорация верхнечелюстного синуса – 41 чел.

Контрольную группу составили 304 стоматологических больных, у которых осложнения не развились.

Оценка прогностической значимости характеристик производилась на основе результатов сравнения выделенных групп с контрольной с использованием *t*-критерия Стьюдента по каждой из 121 характеристики. Так как значения *t*-статистики являются величиной, пропорциональной степени различия сравниваемых

групп по каждому показателю, они могут служить мерой, определяющей прогностическую значимость характеристик.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ показал, что основным фактором риска при развитии альвеолита являются гиперемия и отек со стороны переходной складки. Далее по мере значимости следуют: боль при движениях нижней челюсти, смещение коронки «причинного» зуба относительно оси альвеолярного отростка; наличие инфильтрированного капюшона зуба мудрости, затрудненное глотание. Следует отметить и такие факторы, как смещение коронки в щечную сторону; увеличение регионарных лимфатических узлов.

В результате проведенной оценки значимости характеристик стоматологических больных для прогнозирования развития верхнечелюстного синуса выделены следующие показатели: затемнение гайморовой пазухи; отек и гиперемия слизистой оболочки носа; наличие свища в проекции «причинного» зуба; увеличение раковины носа; боль при наклоне головы вниз.

Важнейшими прогностическими факторами развития кровотечения из лунки удаленного зуба являются лабораторные показатели: содержание лейкоцитов крови; количество белка в моче; количество лейкоцитов в моче. Далее следуют показатели внутриротового обследования: сухость в полости рта; смещение коронки зуба относительно оси альвеолярного отростка; гиперемия и отек со стороны крыловидно-нижнечелюстной складки; наличие инфильтрированного капюшона; данные электроодонтометрии; гнилостный запах изо рта; затруднение открывания рта; затруднения движений языка.

Для прогнозирования развития лимфаденита челюстно-лицевой области наиболее значимыми факторами являются: данные электроодонтометрии; ишемическая болезнь сердца; смещение коронки зуба в язычную сторону; обильное слюноотделение; затруднение глотания и затрудненное открывание рта.

Ведущими прогностическими факторами возможного развития одонтогенного остеомиелита челюстей являются: увеличение регионарных лимфатических узлов; боль при движениях нижней челюсти; болезненное зондирование «причинного» зуба; гиперемия крыловидно-нижнечелюстной складки; данные электроодонтометрии.

Основными характеристиками для прогнозирования развития одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области и шеи явились тактические причины: проведенное накануне лечение (как терапевтическое, так и хирургическое); наличие осложнений как результат проведенного лечения. Далее по мере значимости следуют данные внешнего осмотра и

жалобы общего характера: увеличение регионарных лимфатических узлов; повышение температуры тела; головная боль; потеря аппетита; недомогание; затруднения при повороте головы в стороны; затруднение открывания рта.

Наиболее важными характеристиками для прогнозирования перфорации верхнечелюстного синуса являются: наличие верхушки корней верхних жевательных зубов в проекции гайморовой пазухи; снижение прозрачности верхнечелюстного синуса; наличие свища в проекции верхушки корня верхнего жевательного зуба.

На основе выделенных характеристик были разработаны модели для прогнозирования развития анализируемых осложнений. Ниже приведен пример модели прогнозирования развития одонтогенного остеомиелита челюстей.

$$Y = e^{\text{reg}} / (1 + e^{\text{reg}})$$

$$\text{reg} = -3,72834 + 2,29329 \cdot X_1 + 0,189955 \cdot X_2 - 11,8958 \cdot X_3 - 10,6764 \cdot X_4 + 0,280589 \cdot X_5;$$

где X_1 – увеличение регионарных лимфоузлов; X_2 – гиперемия слизистой оболочки; X_3 – снижение прозрачности верхнечелюстного синуса; X_4 – частичная пломбировка корневых каналов; X_5 – характер первых симптомов заболевания.

На основе построенных моделей стали возможным прогнозирование развития осложнений стоматологических заболеваний и коррекция схемы лечения за счет добавления превентивной терапии.

Построенные модели апробированы в клинических условиях на выборке, представленной 117 стоматологическими больными. Среди обследованных больных было 54 мужчины (46,2%) и 63 женщины (53,8%) в возрасте от 20 до 60 лет. В результате прогностического моделирования 39 больных (33,3%) отнесены в группу высокого риска развития осложнений (вероятность развития осложнения – более 0,7), 28 (23,9%) – в группу среднего риска (вероятность развития осложнения – от 0,4 до 0,7) и 50 (42,8%) – в группу низкого риска (нет осложнения).

Больным с высоким и средним риском развития осложнений помимо хирургического лечения проводилась соответствующая превентивная терапия.

Несмотря на проведенное лечение, осложнения развились у 16 больных (13,7%), причем у двух пациентов из группы низкого риска, которым не назначалась превентивная терапия. В большинстве случаев (75,0%) развившиеся осложнения соответствовали прогнозируемым. Однако у больного с дистопией нижнего третьего моляра, отнесенного к низкой группе риска, развился лимфаденит; у больного с полуретенцией нижнего зуба мудрости, получавшего превентивную терапию для предотвращения развития альвеолита,

возникла одонтогенная флегмона; у больного с хроническим фиброзным периодонтитом с прогнозом возникновения кровотечения из лунки удаленного зуба развился одонтогенный остеомиелит челюсти и у больного с хроническим гранулематозным периодонтитом, отнесенного к «низкой» группе риска развился верхнечелюстной синусит.

Несмотря на развившиеся осложнения у больных, лечение которых проводилось на основе разработанной методики, их процент оказался значительно ниже, чем при традиционном лечении (13,7 % против 47,9 %).

Полученные результаты подтверждают клиническую эффективность предложенного подхода.

УДК 616.314.-08-06

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ

Шалимова В.Н., Владыченкова Т.Н., Карпухина Л.И.

*МЛПУ «Стоматологическая поликлиника № 2», г. Смоленск;
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»*

METHODOLOGIC PROSPECTS OF DENTAL CARE QUALITY IMPROVEMENT

Shalimova V.N., Vladichenkova T.N., Karpukhina L.I.

*The Smolensk Stomatological Out-Patient Department № 2;
The Smolensk State Medical Academy*

Статья посвящена анализу источников инфекции, способствующих развитию одонтогенных воспалительных заболеваний. Акцентировано внимание на проблеме повышения качества первичного консервативного лечения стоматологических больных. Намечены пути по улучшению стоматологической помощи населению.

The article is dealt with infection sources contributing to odontogenic inflammatory diseases. Attention is pointed on the problem of primary dental conservative treatment quality improvement. The ways to improve stomatological care are planned.

Появление различных форм собственности и источников финансирования в стоматологии существенно изменило качества оказания медицинской помощи. Управление качеством в стоматологии является чрезвычайно важной задачей [4].

Актуальности этой проблемы уделяется большое внимание, что явилось предметом обсуждения на заседаниях Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по вопросам здравоохранения в 2006–2007 гг. [3].

По данным литературы [5], каждый взрослый житель нашей страны нуждается в ежегодном оказании стоматологической помощи. Причиной этого является не только высокий уровень стоматологической заболеваемости населения, но также недостаточная эффективность ранее проведенных методов лечения, в том числе эндодонтического, что приводит к развитию одонтогенных воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области (ЧЛО) [1,6].

Цель исследования – провести анализ нозологических форм одонтогенных воспалительных заболеваний в ЧЛО и источников их инфицирования, на основе которого выявить дефекты в оказании стоматологической помощи, наметить пути улучшения качества оказываемой услуги.

Материал и методы исследования

Для выполнения поставленной цели проведен анализ количественных и качественных показателей работы хирургического кабинета МЛПУ «Стоматологическая поликлиника № 2» за 2009 год; изучены источники инфицирования и показания к операции удаления зуба у больных с острыми одонтогенными заболеваниями на основе записей в 270 амбулаторных картах стоматологических больных, обратившихся за хирургической помощью.

Результаты исследования и их обсуждение

Основной контролирующей характеристикой качества оказания стоматологической помощи населению

нию являются количественные и качественные показатели работы хирургического кабинета (отделения) поликлиники [2].

При анализе годового отчета работы выявлено, что обращаемость больных за хирургической стоматологической помощью составляет 19,8% от общего числа пациентов, обратившихся в лечебное учреждение. Операция удаления зуба проведена у 7815 (75,5%) больных. Из них с различными формами хронического периодонтита 74,8%, с болезнями пародонта 24,6% больных.

Анализ амбулаторных карт стоматологических больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями позволил документально проследить эффективность предшествующих методов лечения зуба, явившегося источником инфекции.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что основную группу (193; 71,2%) составили больные с обострениями хронического процесса в области периодонта. При этом у 23% больных зубы были ранее пломбированы в сроки от 4 до 6 лет в связи с кариозным поражением, в дальнейшем консервативное лечение и реставрация коронки зуба не проводились.

Наибольшее количество удаленных зубов (77%) у больных было с обострением хронического воспалительного процесса в периодонте ранее леченных зубов по поводу осложненных форм кариеса. Анализируя источники инфекции в этой группе, выявлено, что периапикальные деструктивные процессы наблюдались не только в многокорневых зубах. Несмотря на хорошую проходимость корневых каналов однокорневых зубов, у 27% больных был диагностирован хронический одонтогенный очаг инфекции, что явилось показанием к операции удаления зуба. При этом зубосохраняющие операции в течение года проведены только у 26 пациентов. Клинико-рентгенологические данные в этой группе свидетельствуют о том, что наиболее часто (82%) диагностировалась гранулематозная форма периодонтита, в то время как гранулирующая наблюдалась у 18%, причем преимущественно у больных с сопутствующей соматической патологией. Описание рентгенограмм, в том числе панорамных, свидетельствуют, что в многокорневых зубах, подлежащих удалению, ранее при эндодонтическом вмешательстве не были полностью obturированы герметиком все каналы. Выявлено, что у 9 пациентов в одном из каналов пломбировочный материал был выведен в периодонт, у 4 обнаружен отлом эндодонтического инструмента.

Среди больных с гранулирующим периодонтитом (27 пациентов) в 8 наблюдениях (2,8%) при операции удаления зуба выявлены значительные

деструктивные изменения костной ткани в области бифуркации вследствие перфорации дна полости зуба или боковой стенки корневого канала с выведением штифта. Было установлено, что в последние годы врачами терапевтами-стоматологами значительно расширены показания к восстановлению анатомической формы зуба с применением штифтов без учета патологического процесса в периодонте и данных рентгенологического контроля.

Среди первичных больных, обратившихся за хирургической стоматологической помощью, у 392 (7,9%) диагностированы острые одонтогенные воспалительные заболевания околочелюстных мягких тканей.

В соответствии с нозологическими формами заболевания гнойный периостит челюстей диагностирован у 72,4% больных, перикоронарит – 22,1%, лимфаденит – 2,6%, одонтогенный остеомиелит – 1,4%; синусит – у 1,4%. У 63% больных, лечившихся с диагнозом периостит челюстей, источником инфекции были зубы, ранее пораженные кариозным процессом, и нелеченые.

У 7% больных периостит развился вследствие чрезмерного выведения пломбировочного материала за верхушку корня. Это проявлялось значительной периостальной реакцией и болью, что позволяет расценивать такое осложнение как первичные симптомы обострения воспалительного процесса.

Заключение

Таким образом, анализируя источники инфекции, способствующие развитию острых одонтогенных воспалительных заболеваний, выявлено, что проводимые методы эндодонтического лечения не всегда являлись эффективными, так как в ряде случаев не учитывались рентгенологические данные патологического процесса в периодонте. Это дает основание акцентировать внимание на проблеме повышения качества консервативного первичного лечения больных и наметить организационно-методические мероприятия по улучшению стоматологической помощи населению прикрепленного района. В связи с этим в МЛПУ «Стоматологическая поликлиника № 2» проведены следующие мероприятия: увеличены штаты врачей терапевтов-стоматологов и, соответственно, количество кресел и рабочих мест; подготовлен врач хирург-стоматолог-имплантолог; сотрудниками кафедры СГМА и московских вузов для врачей-терапевтов проведен мастер-класс на тему: «Повторное эндодонтическое лечение», «Алгоритм восстановления контактных полостей II и IV класса по Блэку, прямые виниры».

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В. Ошибки эндодонтического лечения зубов //Клиническая эндодонтия. – 2003. – С. 44-47.
2. Венералова Е.Г. Анализ дефектов оказания стоматологических услуг //Проблемы экспертизы в медицине. – 2007. – № 1 (25). – С. 6-7.
3. Итоги деятельности Комиссии Общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения 2006-2007 гг. – М.: МЦФЭР, 2008. – 248 с.
4. Кулаков А.А., Шестаков В.Т. Организация системы «Экспертиза качества стоматологической помощи населению России». – М.: 2008. – 519 с.
5. Серегина И.Ф., Кулаков А.А., Григорян Л.А. и соавт. Новый этап в управлении стоматологической службой и повышении ее качества //Материалы VIII ежегодного научного форума. «Стоматология 2006». – М., 2006. – С. 51-54.
6. Шаргородский А.Г. Профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи и их осложнений в стоматологических поликлиниках //Тр. VII Всеросс. Съезда стоматологов. Мат. VII Всеросс. научно-практ. конф. – М., 2001. – С. 126-128.

УДК 616.314-089.28.29

ЗНАЧЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Шашмурина В.Р., Латышев А.В., Савашинская Н.С.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

EFFICACY OF ORTHOPEDIC TREATMENT WITH IMPLANTS APPLICATION FOR SOCIAL REHABILITATION OF PATIENT WITH TOTAL LACK OF TEETH

Shamshurina V.R., Latishev A.V., Savashinskaya N.S.

The Smolensk State Medical Academy

Проведено изучение влияния функциональных условий, создаваемых протезами на имплантатах, на показатели качества жизни. Показано положительное влияние съёмных и несъёмных протезов, фиксируемых на имплантатах, на социальную реабилитацию, психофункциональные характеристики (тест САН) и параметры специфического качества жизни пациентов (опросники оценки результатов протезирования).

Ключевые слова: имплантаты, протезы, адаптация.

The study of functional conditions influence of implantable prosthesis on the life quality was carried out. Positive effect of removable and fixed dental prosthesis which are fixed on implants on social rehabilitation, psyc-functional characteristics (test) and patients' specific life quality parameters (questionnaires of the results prosthetics assessment) was indicated.

Key words: implants, prosthesis, adaptation.

Реабилитация пациентов с полным отсутствием зубов является одним из наиболее сложных разделов стоматологии. Последствия функциональных и эстетических нарушений неизбежно отражаются на состоянии человека, вызывая и усугубляя его психо-социальную дезадаптацию. Атрофические процессы в тканях протезного ложа не всегда позволяют добиться хороших результатов лечения, а принадлеж-

ность большинства больных к пожилой возрастной категории изменяет норму адаптации в худшую сторону. Перспективным методом лечения пациентов с полным отсутствием зубов является применение протезов, фиксируемых на внутрикостных имплантатах [3]. основополагающими факторами адаптации к ортопедическим конструкциям являются индивидуальные личностные и психофизиологические харак-

теристики и особенности реакции на стрессогенные воздействия в условиях изменившейся афферентации с рецепторных зон полости рта.

Целью работы явилось изучение влияния функциональных условий, создаваемых зубными протезами и имплантатами, на степень напряжения приспособительных механизмов при достижении этапных и конечных адаптационных результатов.

Материал и методы исследования

Проведено лечение 23 больных в возрасте 58–69 лет с полным отсутствием зубов на верхней челюсти при помощи полных съёмных протезов, фиксируемых балочной системой на трёх внутрикостных имплантатах «КОНМЕТ» (1-я группа); 16 больных – при помощи несъёмных протезов с винтовой фиксацией на 6 внутрикостных имплантатах «КОНМЕТ» (2-я группа). В группы сравнения вошли 25 пациентов аналогичного возраста, которым были изготовлены традиционные полные съёмные протезы, опирающиеся на слизистую оболочку (3-я группа); и 30 человек, не имеющих выраженной соматической патологии, с целостными зубными рядами или дефектами малой протяжённости (4-я группа).

Изучение приспособительных процессов на социальном уровне провели по показателям качества жизни пациентов при помощи опросника САН [2]. Исследование качества жизни – общепринятый в международной практике высокоинформативный метод, позволяющий судить об адекватности проводимых реабилитационных мероприятий. Опросник содержит 30 вопросов, отражающих особенности психоэмоционального состояния обследуемого по трём шкалам: «самочувствие» (здоровье, утомление), «активность» (подвижность и темп протекания функций), «настроение» (эмоции). В норме оценки «самочувствия» составляют 5,4 балла, «активности» – 5,0, «настроения» – 5,1. САН стандартизирован и адаптирован в России, отличается высокой суммарной валидностью, прост в применении [2].

Обследование дополнено заполнением специализированной опросной анкеты [4], позволяющей изучить субъективные ощущения пациентов при пользовании съёмными зубными протезами с опорой на имплантаты. Однако указанный метод носит описательный характер и не учитывает некоторых важных показателей удовлетворённости пациентов результатами лечения. Поэтому мы дополнили её вопросами и придали форму, удобную для статистического анализа, по аналогии с построением шкал САН. Результаты адаптации считали удовлетворительными при балле, равном 5,0 и более по отдельным шкалам. С целью выяснения мнения пациентов о хирургическом и ортопедическом этапах лечения проведен опрос с применением специально разработанной [5] анкеты для пациентов, пользующихся протезами с опорой на имплантаты. Она состоит из 50 вопросов, разделенных на 5 категорий: предыдущий опыт пользования протезами, опыт применения хирургического вмешательства, мнение о гигиене полости рта, о протезах, об общественной жизни. Обследование проводили до лечения (1, 2, 3-я группы); после имплантации (1, 2-я группы); в течение года после протезирования и спустя 3 года (1, 2, 3-я группы).

Анализ психофизиологических особенностей пациентов с полным отсутствием зубов до лечения выявил низкие показатели качества жизни по сравнению с обследованными без патологии зубочелюстной системы, особенно по шкалам «самочувствие» и «настроение» (табл. 1). Динамика показателей по всем трём шкалам после имплантации в 1-й и 2-й группах продемонстрировала отсутствие негативного влияния операции и послеоперационного периода на качество жизни больных. Однако к достоверному ухудшению качества жизни пациентов 1-й и 2-й групп, измеряемого шкалой «настроение», приводили такие факторы, как отсутствие временного протеза или запрет пользования им в период остеоинтеграции.

Таблица 1. Оценка качества жизни пациентов с полным отсутствием зубов

	Самочувствие	Активность	Настроение
1-я группа (n = 23)			
До лечения	3,65±0,37*	47,3±2,9	3,87±0,47*
3 года после лечения	4,97±0,31	5,20±0,27**	5,08±0,25**
2-я группа (n = 16)			
До лечения	3,78±0,53*	4,86±0,37	4,02±0,55*
3 года после лечения	5,38±0,48**	5,28±0,38**	5,27±0,44**
3-я группа (n = 25)			
До лечения	3,52±0,38*	4,49±0,53	3,76±0,33*
3 года после лечения	4,84±0,45*	4,58±0,31	4,47±0,48*
4-я группа (n = 30)			
	5,24±0,33	4,81±0,77	5,34±0,33

Примечания. * – различия статистически достоверны по сравнению с данными обследованных с интактными зубными рядами ($p<0,05$); ** – различия статистически достоверны по сравнению с данными пациентов 3-й группы ($p<0,05$).

Наиболее выраженными были изменения психофункционального состояния через один месяц после протезирования съёмными протезами с предварительной имплантацией и без неё, а оценочные баллы по категориям «самочувствие», «активность», «настроение» – достоверно ниже, чем у пациентов 2-й и 4-й групп. Через 3 месяца после протезирования у пациентов 1-й группы по сравнению с 3-й выявлены позитивные изменения, напрямую связанные с психологической сферой. Во всех группах респондентов через 1 год после лечения установлена чёткая положительная динамика трех основных составляющих опросника САН. У пациентов, пользующихся несъёмными протезами, показатели качества жизни в период от 1 месяца до 3 лет свидетельствовали о стойкой адаптации. Через 3 года у пациентов, пользующихся полными съёмными протезами, изготовленными по традиционной методике, выявлена тенденция к уменьшению оценочного балла по шкалам «активность» и «настроение».

Среди пациентов, заполнивших анкеты [5], 70,8% ответили, что они не чувствовали боли в области установленных имплантатов. 88% опрошенных посоветовали бы другим людям аналогичное лечение. Использование имплантатов помимо стоматологической реабилитации привело к социальной реинтеграции пациентов. По большинству критериев несъёмные протезы являются наиболее эффективным средством лечения пациентов с полным отсутствием зубов. Они уступали остальным протезам лишь по шкале «удобство гигиенического ухода». Плохая фиксация традиционных протезов в определённой степени препятствовала социальной интеграции большинства пациентов.

Изучение субъективной оценки пациентами эффективности проведённого лечения по методике [4] также наглядно продемонстрировало преимущества полных съёмных протезов, фиксируемых на имплантатах, перед традиционными полными съёмными протезами по критериям «жевательная функция» ($6,3 \pm 0,3$; $3,8 \pm 0,5$, $p < 0,005$), «простота привыкания» ($5,9 \pm 0,3$; $4,2 \pm 3,5$, $p < 0,05$), «отсутствие попадания

пищи под протез» ($5,4 \pm 0,3$; $4,0 \pm 0,5$, $p < 0,05$), «устойчивость протеза при жевании» ($6,5 \pm 0,6$; $3,2 \pm 0,8$, $p < 0,005$). Оценка реабилитации, основанная на результатах проведенного по данной методике опроса через 3 года после наложения протезов, фиксируемых на имплантатах, показала удовлетворенность 95% пациентов функциональным, эстетическим, социальным результатом лечения. Опрос пациентов с традиционными полными съёмными протезами через 3 года показал снижение общей удовлетворённости результатами лечения у 34% больных.

Таким образом, учитывая большую индивидуальность приспособительных реакций и описывая лишь их общую тенденцию, можно сказать, что адаптация пациентов на социальном уровне происходила через 1 месяц после наложения несъёмных протезов; 3 месяца – съёмных, фиксируемых имплантатами; 6–12 месяцев – съёмных протезов, опирающихся на слизистую оболочку. Результаты применения общего и специфических опросников коррелировали между собой. Лишь у 16% обследованных незначительное влияние оказывали степень фиксации, стабильность протезов и их внешний вид, что выявлено при сравнении данных, полученных при помощи разных опросников.

Использование анкеты САН в сочетании со специальными для данной категории пациентов опросниками позволяет изучить критерии реабилитационного прогноза, оценить эффективность лечения в рамках диспансеризации. Выявление лиц, достигающих адаптационных результатов с большим психоэмоциональным напряжением, указывало на необходимость проведения дополнительных обследований и коррекционных мероприятий [1]. Работу с анкетами следует рассматривать как часть психологической подготовки, так как больной видит заинтересованность его проблемами, учёт его пожеланий. Такой подход позволяет построить систему отношений между врачом и пациентом по типу «субъект – субъектное». Дальнейшие исследования социального уровня приспособления к протезам будут направлены на их интеграцию как составляющей части психологии и педагогики здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Г.Г., Ковалев Ю.С., Шутов К.А. Дифференциальный подход к проведению реабилитационных мероприятий в период адаптации больных к съёмным протезам // Актуальные проблемы стоматологии: Сб. трудов под ред проф. Лебедеико И.Ю. – М, 2002. – С. 100-102.
2. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под ред. Б.В. Михайлова. – Харьков, 2002. – 128 с.
3. Misch С.Е. Contemporary Implant Dentistry. -2nd ed. – Mosby, Inc., 1999. – 684 p.
4. Schortt A., Graef F., Linke J.-J., Wichmann M.G., Weber H.-P., Heckmann S.M. Клинические и рентгенографические параметры оценки отдаленных результатов протезирования на телескопических имплантатах // Новое в стоматологии. – 2004. – № 8 (124). – С. 53-63.
5. Wismeijer D., Vermeeren J., Waas M. Удовлетворённость пациентов съёмными протезами с опорой на одноэтапных имплантатах TPS // Квинтэссенция. – 1993. – № 2. – Р. 37-41.

СОДЕРЖАНИЕ

- 3 РОЛЬ ПРОФЕССОРА А.Г. ШАРГОРОДСКОГО В РАЗВИТИИ СМОЛЕНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА СМОЛЕНЩИНЕ
ЗАБЕЛИН А.С., РУЦКИЙ Н.Ф.
- 5 СТОМАТОЛОГИЯ КАК ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ИНТЕГРАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ (К 90-ЛЕТИЮ СМОЛЕНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ)
АБОЛМАСОВ Н.Н., ГИНАЛИ Н.В., ЗАБЕЛИН А.С., ЦЕПОВ Л.М.
- 9 ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТАКТИКУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ
АБОЛМАСОВ Н.Н., ГЕЛЕТИН П.Н., СОЛОВЬЁВ А.А., КУДАШКИН А.В., ГОЛОВАНОВА Е.Д.
- 12 ХАРАКТЕРИСТИКА АДГЕЗИВНЫХ СРЕДСТВ ПРИ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ
АБОЛМАСОВ Н.Н., СОЛОВЬЕВ А.А., ГЕЛЕТИН П.Н.
- 15 ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ЛИЦА И ШЕИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА
АНДРЮШЕНКОВА Н.А., ЛОКТЕВА М.Э.
- 18 ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЛИМФАДЕНИТОМ ЛИЦА И ШЕИ
АНОХИНА И.В., ЗАБЕЛИН А.С., МАКАРЕНКОВА Л.В.
- 20 ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕТОКСИЧЕСКОЙ И АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «АЛЮФЕР»
АРТЮШКЕВИЧ А.С., ТАМИЛОВИЧ Г.В., МЕЛЬНОВА Н.И., ГАПАНОВИЧ В.Н.
- 23 ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
АФНАСЬЕВА О.Ю., МАЛЮКОВ А.В., МАКСЮТИН И.А.
- 25 ПУТИ И МЕХАНИЗМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАФЕДРАЛЬНОЙ НАУЧНОЙ РАБОТЫ, А ТАКЖЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ЕЁ РЕЗУЛЬТАТОВ
БЕССМЕРТНЫХ Т.В., САЛИВОНЧИК М.С., КОПЫТОВ А.А., РЫЖОВА И.П.
- 27 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «МЕКСИДОЛ» НА УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ
БОГАТОВ В.В., БУРОВА Н.М.
- 30 ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО СКАЛЬПЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИОГЕННЫХ ГРАНУЛЕМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
БОГАТОВ В.В., ЗЕМЛЯКОВА Л.И.
- 33 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С МЕТАЛЛИЧЕСКИМ БАЗИСОМ
БОМШТЕЙН В.Л., МОРОЗОВА Г.А.

- 35 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕОПАРОДОНТОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ, ПРОТЕКАЮЩИМ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ГЕЛЕТИН П.Н., АБОЛМАСОВ Н.Н., ГОЛОВАНОВА Е.Д.
- 39 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ КОМПЛЕКТНОГО РЕТЕНИРОВАННОГО КЛЫКА, ОСЛОЖНЕННОМ РЕЗОРБЦИЕЙ КОРНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ
ГИНАЛИ Н.В., КАЛУЖСКАЯ С.М., ДРУЖИНИНА С.Н., САЛЕХ ДЖАМИЛЬ
- 41 СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОНТАКТНОГО ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА
ГУБИН М.А., ХАРИТОНОВ Ю.М., ГРОМОВ А.Л.
- 43 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ
ГУБИН М.А., ХАРИТОНОВ Ю.М., КИКОВ Р.Н.
- 46 СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
ДМИТРИЕНКО Е.В., ЗАБЕЛИН А.С.
- 48 АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДМИТРИЕНКО Е.В., ШАШКЕВИЧ В.А.
- 51 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И КОЖИ
ЕЛЬКОВА Н.Л., СОБОЛЕВА Н.А.
- 54 ДИАГНОСТИКА ОРОАНТРАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ И ПРОФИЛАКТИКА ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ГАЙМОРИТА
ЕСИКОВА Т.С., ХИМИЧ И.В., ПОДОЛЬСКИЙ В.В., ШЕСТОПАЛОВ А.А.
- 56 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК СПОСОБ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ГАНГЛИОНИТА КРЫЛОНЁБНОГО УЗЛА
ЖУРАВЛЁВ В.П., САМОХВАЛОВ Д.П.
- 59 АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ НА ПРИМЕРЕ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ
ЗУБАКИН И.С., БАСОВА Г.А., АГУЛИН А.В.
- 61 ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ГНОЙНЫХ РАН ЛИЦА И ШЕИ
КИКОВ Р.Н., ТРИФ Г.В., КОРЧАГИНА Е.Н.
- 63 ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ ПРИ ИХ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ
КОВАЛЕВА И.А., АБОЛМАСОВ Н.Н., СОЛОВЬЕВ А.А.
- 65 РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПО ВОПРОСАМ ЭТИОЛОГИИ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
КОВАЛЕВА Н.С.

- 68 СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
КОВАЛЕВА Н.С., ЗАБЕЛИН А.С., ЗУЗОВА А.П., КРЕЧИКОВА О.И.
- 70 ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБОВ В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПОЛОСТИ РТА К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ
КОВАЛЬКОВ В.К., КОВАЛЬКОВА Н.Ф., ЛОМОВСКИХ Н.А., МАССАРСКИЙ И.Г., ТРОИЦКАЯ В.Н.
- 71 ВОЗМОЖНОСТИ СИАЛЭНДСКОПИИ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИАЛАДЕНИТОВ
КОРОТКИХ Н.Г., МОРОЗОВ А.Н.
- 74 ТОЛУИДИНРЕАКТИВНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПО ДАННЫМ ХЕЙЛОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
КОРОТКИХ Н.Г., ПЕТРОВ А.В., ДИДЕНКО И.Ю.
- 76 ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
КОРОТКИХ Н.Г., СТЕПАНОВ И.В., СТАНИСЛАВ И.Н., ЛАРИНА О.Е.
- 78 МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА ПРИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛИЦА
КОРОТКИХ Н.Г., ТОБОЕВ Г.В.
- 80 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ СТАДИЙ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА
КОСТИНА И.Н.
- 83 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ
КУЗЬМИНА Е.В., СОТНИКОВА М.В.
- 85 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ЛАЗЕРНОЙ ФЛУОРОМЕТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 6–7 ЛЕТ
КУЗЬМИНСКАЯ О.Ю., НИКОЛАЕВ А.И., СТЕПАНОВА Т.С., ДОЦЕНКО А.В.
- 87 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «OZONYMED» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА
ЛЕВЧЕНКОВА Н.С., ГОЛЕВА Н.А.
- 90 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ СО СТУДЕНТАМИ НА ЭЛЕКТИВНОМ КУРСЕ
ЛОЗБЕНЕВ С.Н., МОРОЗОВ В.Г.
- 92 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОНООКСИДА АЗОТА В МАЛОИНВАЗИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
МАЛЬЦЕВ П.А., ЖУРАВЛЕВ В.П., ДАРВИН В.В.
- 96 СГЛАЖИВАНИЕ И ПОЛИРОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТИ КОРНЯ ЗУБА КАК ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ
МИХЕЕВА Е.А., НЕСТЕРОВА М.М.

- 98 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОНДЕНСИРУЕМЫХ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕН-
ТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ
МИШУТИНА О.Л., МОЛОКАНОВ Н.Я.
- 101 КАЗУИСТИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЭНДОДОНТИИ
МИШУТИНА О.Л., МОЛОКАНОВ Н.Я., ЖИВАНКОВА У.Ф., БОЖЕФАТОВА О.А.
- 103 ОПЕРАЦИИ СИНУС-ЛИФТИНГА: ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ
ПЕТРОВ И.Ю., КОРОТКИХ Н.Г., ЛОВЧИКОВА М.В., ПЕТРОВ А.И.
- 105 ПРИМЕНЕНИЕ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ СИСТЕМЫ «ANTHOGYR» ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ
ПОЛЯКОВА В.В., БОЧАРОВ А.В.
- 107 ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
ПРУДНИКОВА М.М., ЛЕОНОВА О.М.
- 110 ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛИТА
РОДИОНОВ Н.Т., АНДРЕЕВА Е.П., ДОБРОРОДОВА С.В., СТОЛЕТНЯЯ Т.П.
- 112 ЛУЧЕВОЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ
РУЦКИЙ Н.Ф., БОРОВОЙ В.Н., РУЦКИЙ А.Н.
- 114 ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
РУЦКИЙ Н.Ф., ЗАБЕЛИН А.С., БОРОВОЙ В.Н., САМУСЕНКО Е.Г.
- 116 РОЛЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ БУДУ-
ЩИХ ВРАЧЕЙ
РЫЖОВА И.П., КОПЫТОВ А.А., ПЕРУЦКАЯ Т.В.
- 118 МЕТОДИКА ПОДГОТОВКИ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА К ЛЕЧЕНИЮ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ
РЫЖОВА И.П., МИЛОВА Е.В., САЛИВОНЧИК М.С., МАРЕВСКИЙ И.О.
- 120 ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ,
В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»
САЛЕНКОВ В.Г., ЖИВАНКОВА У.Ф., КАНАЕВА Л.Ф., АРТЕМЕНКОВА Г.Н.
- 123 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
СЕРИКОВА О.В.
- 126 АНАТОМИЯ И ТОПОГРАФИЯ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА
СИРАК С.В., КОПЫЛОВА И.А.
- 127 ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ДАННЫМ АНКЕ-
ТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ
СИРАК С.В., КОПЫЛОВА И.А.
- 129 ПЛАНИРОВАНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО И ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВА-
НИИ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРОЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
СИРАК С.В., КОПЫЛОВА И.А.

- 132 СТРОЕНИЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ
СИРАК С.В., КОПЫЛОВА И.А.
- 134 РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА
СИРАК С.В., ЧИТАНАВА А.Д., СИРАК А.Г., ЗЕКЕРЬЯЕВА М.С.
- 136 АЛЬВЕОЛОПЛАСТИКА ПРИ ОСТРОМ АЛЬВЕОЛИТЕ
СИРАК С.В., ЧИТАНАВА А.Д., СИРАК А.Г., САСИНА М.А.
- 138 ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-АТРОФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ
СИРАК С.В., ЧИТАНАВА А.Д., СИРАК А.Г., САСИНА М.А.
- 140 ОПТИМИЗАЦИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ
СЛЁТОВ А.А., ГАНДЫЛЯН К.С., ФОКИН О.Ю., САРАНДАЕВ А.А.
- 142 ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЁННЫХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ
СЛЁТОВ А.А., ГАНДЫЛЯН К.С., ФОКИН О.Ю., САРАНДАЕВ А.А.
- 145 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА В СЕМЬЯХ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ
СОЛОВЬЕВ А.А., АБОЛМАСОВ Н.Н., ГЕЛЕТИН П.Н., ГРЕЙНЕР Т.М.
- 146 ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ ГОРОДА СМОЛЕНСКА
ТУРГЕНЕВА Л.Б., ПЕТРОВА Е.В., ТИХОМИРОВА Л.А.
- 148 ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ «СКАЛЬПЕЛЬ-1» В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
ТЮРИН С.В., БАБИЧЕВА Т.Г.
- 149 ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБПЕРИОСТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ
ФУРСА Д.Н., ЗАБЕЛИН А.С.
- 151 ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
ХИМИЧ И.В., ПОДОЛЬСКИЙ В.В., ЕСИКОВА Т.С.
- 153 ПОЛИПАТИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ КАРТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ)
ЦЕПОВ Л.М., ЦЕПОВА Е.Л., МИХЕЕВА Е.А., ГОЛЕВА Н.А., НЕСТЕРОВА М.М.
- 159 РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОСНОВЕ ОПТИМИЗАЦИОННО-ПРОГНОСТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ
ШАЛАЕВ О.Ю., БОЛГОВ С.В., БУТ Л.В.

-
- 161 ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
ШАЛИМОВА В.Н., ВЛАДЫЧЕНКОВА Т.Н., КАРПУХИНА Л.И.
- 163 ЗНАЧЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ
ШАШМУРИНА В.Р., ЛАТЫШЕВ А.В., САВАШИНСКАЯ Н.С.

ДЛЯ ЗАМЕТОК