

Министерство образования и науки Российской Федерации
Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова
Медицинский институт
Стоматологическая ассоциация России
Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)
Стоматологическая ассоциация г. Якутска Республики Саха (Якутия)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 20-летию стоматологического отделения
Медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный
федеральный университет имени М.К. Аммосова»

Якутск
2016

УДК 616.31(571.56)

ББК 56.6+72

А43

Ответственный редактор

И.Д. Ушницкий, д.м.н., профессор Медицинского института
ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова»

Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера : сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 20-летию стоматологического отделения Медицинского института Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова / [Под ред. И.Д. Ушницкого]. – Якутск : Издательский дом СВФУ, 2016. – 280 с.

ISBN 978-5-7513-2268-7

Сборник составлен на основе статей научных работников высших учебных заведений Российской Федерации и врачей практического здравоохранения. В работах освещены актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии.

Издание представляет интерес для студентов стоматологических факультетов, клинических интернов и ординаторов, аспирантов, врачей-стоматологов и врачей смежных специальностей, научных работников и организаторов здравоохранения.

УДК 616.31.(576.56)

ББК 56.6+72

ISBN 978-5-7513-2268-7

© Северо-Восточный федеральный
университет, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБРАЗОВАНИЕ И ИСТОРИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

<i>Ушницкий И.Д., Петрова П.Г., Филиппов С.В., Буторина И.В.</i> 20 лет стоматологическому отделению Медицинского института СВФУ	7
<i>Ушницкий И.Д., Исаков Л.О., Левин Л.Л., Неустроева Л.Г., Семенова С.Н., Потапова С.А.</i> Частота и структура общесоматических заболеваний у специалистов стоматологического профиля г. Якутска	17
<i>Буторина И.В., Ушницкий И.Д.</i> Стоматологическая поликлиника Медицинского института Северо-Восточного федерального университета	21
<i>Ушницкий И.Д., Баишева В.И., Потапова С.А., Сыморот О.А., Тарасова Е.П., Сторожева С.В., Тимофеева А.Н.</i> Перспективы развития медицинской информационной системы в стоматологии ..	25
<i>Колтовская Г.А., Ушницкий И.Д., Агафонова Е.Ю., Неустроева Л.Г.</i> Характеристика уровня эмпатии у студентов Медицинского института Северо-Восточного федерального университета	29
<i>Чахов А.А., Ушницкий И.Д., Семенова Т.А., Доржиева Л.И., Мандрова Е.Н., Иванова А.А.</i> Взаимосвязь психоэмоционального состояния и физиологических показателей у пациентов на этапах стоматологического приема	33

РАЗДЕЛ II. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

<i>Ушницкий И.Д., Семенов А.Д., Никифорова Е.Ю., Федоров Е.Г., Ермолаева О.В.</i> Приоритетные направления совершенствования стоматологической помощи населению промышленных районов Республики Саха (Якутия)	39
<i>Ушницкий И.Д., Иванов А.В., Иванова О.В., Сивцев М.Е.</i> Частота и структура болезней пародонта у жителей Центральной Якутии.....	46
<i>Ушницкий И.Д., Михайлова Р.И., Варламов П. Г.</i> Клинико-эпидемиологическая характеристика кариеса зубов у беременных женщин г. Якутска	50
<i>Ушницкий И.Д., Долинская Э.А., Соловьева С.Ф., Слепцова М.Н., Петрова С.П., Артемьева М.Ю.</i> Характеристика основных стоматологических заболеваний и потребность в медицинской помощи сотрудников МВД России по Республике Саха (Якутия) .	53
<i>Атрушкевич В.Г., Школьная К.Д., Берченко Г.Н.</i> Новая экспериментальная модель пародонтита	58

<i>Иорданишвили А.К.</i> Особенности терапии стомалгий при коморбидной патологии.....	68
<i>Солдатова Е.С., Булгакова А.И., Васильева Н.А.</i> Результаты исследования заболеваний пародонта в Республике Башкортостан	73
<i>Тиунова Н.В.</i> Дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника у больных стомалгией	76
<i>Молоков В.Д., Дударь М.В., Васильева Л.С., Казанкова Е.М.</i> Терапия экспериментального пародонтита терпенсодержащим препаратом в сочетании с ультразвуковым кюретажем	79
<i>Габидуллина Г.Ф., Булгакова А.И., Тихонова С.А.</i> Распространенность, патогенез и диагностика пузырчатки в полости рта.....	85
<i>Галченко В.М., Ключникова М.О., Галченко Л.И.</i> Комплексное лечение хейлита Манганотти	88
<i>Салманов И.Б., Иорданишвили А.К.</i> Диагностика осложнённого кариеса зубов в военно-медицинских организациях..	92
<i>Молоков В.Д., Галченко В.М., Галченко Л.И.</i> Лечение больных с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта.....	98
<i>Бельских О.А., Иорданишвили А.К., Тишков Д.С., Карев Ф.А. Либих Д.А.</i> Клинико-функциональная характеристика слизистой оболочки полости рта и языка при болезнях внутренних органов и систем организма.....	102
<i>Иорданишвили А.К., Рыжак Г.А., Черный Д.А.</i> Клиновидные дефекты зубов и их встречаемость у лиц Северо-Западного региона России.....	111
<i>Бортновская Ю.В., Булгакова А.И., Васильева Н.А., Валеев И.В.</i> Результаты использования лазеротерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта	119

РАЗДЕЛ III. ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

<i>Терентьева З.В., Уилицкий И.Д., Ширко О.И., Егорова Л.И., Боярская С.И.</i> Клинические и социальные аспекты травматических повреждений нижней челюсти у населения Северо-Востока России.....	123
<i>Агеев А.В., Уилицкий И.Д.</i> Характеристика качества жизни пациентов, пользующихся ортопедическими конструкциями на искусственных опорах с костной пластикой альвеолярного ребра	128
<i>Казанцева Т.В., Чижов Ю.В., Степнова Н.Е., Митрофанов П.В., Тыченко С.А., Павлюченко С.М.</i> Значение психологических особенностей пациентов в реабилитации больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.....	132

<i>Кабаньков А.В., Румакин В.П., Музыкин М.И., Иванов А.С.</i>	
Перспективы применения резорбируемых тентовых конструкций на основе композиции поливиниловых спиртов разной степени омыления с добавлением нанотел фуллеренов С-60 и С-90.....	138
<i>Музыкин М.И., Поплавский Д.В.</i>	
О подготовке челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов к операциям по восстановлению объема костной ткани челюстей.....	147
<i>Пинелис И.С., Пинелис Ю.И. Катман М.А.</i>	
Послеоперационный неврит второй ветви тройничного нерва и методы его лечения..	155
<i>Поплавский Д.В., Музыкин М.И., Коровин Н.В.</i>	
Анализ применения методов по консервации лунки зуба.....	159
<i>Коровин Н.В., Пономарёв А.А., Иорданишвили А.К.</i>	
Осложнения после удаления верхних третьих моляров.....	166
<i>Лобейко В.В., Иорданишвили А.К.</i>	
Лечение патологии слюнных желёз с учётом полиморбидности.....	172

РАЗДЕЛ IV. ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

<i>Ушницкий И.Д., Заусаев Н.А., Пупелене М.Ю., Вербицкий М.Г.</i>	
Характеристика клинических признаков дисфункций височно-нижнечелюстного сустава у жителей Центральной Якутии.....	176
<i>Чижев Ю.В., Багинский А.Л., Казанцева Т.В., Селифонова А.В., Стынкэ М.Г., Варламов П.Г.</i>	
Клиническая эффективность шинирования зубов вантовым методом и адгезивной системой при комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени.....	180
<i>Чернышева В.В., Бударина Е.В., Поливаная Е.А., Капшина О.Я., Юрьев Ю.Ю.</i>	
Овладение методикой переноса положения верхней челюсти в артикулятор с использованием анализатора Нір-плоскости.....	193
<i>Чижев Ю.В., Митрофанов П.В., Сумароков А.А., Казанцева Т.В., Багинский А.Л., Хохлов А.М.</i>	
Показатели ортопедического стоматологического статуса у женщины с шизофренией....	197
<i>Намханов В.В., Будаев Б.А., Писаревский Ю.Л.</i>	
Состояние пародонта в зависимости от потери минеральной плотности костной ткани человека.....	203
<i>Султанов А.А., Карпенко А.А., Первов Ю.Ю., Батоев А.А.</i>	
Атомно-силовая микроскопия как метод анализа поверхности абатмента на микро- и наноуровне.....	210
<i>Намханов В.В., Писаревский Ю.Л.</i>	
Изменения содержания воды, органических и неорганических веществ в мышечковом отростке, суставной ямке и суставном бугорке височно-нижнечелюстного сустава.....	218

<i>Чижев Ю.В., Митрофанов П.В., Сумароков А.А., Гершенович Г.М., Жуковская Г.П., Тыченко С.А.</i>	
Показатели психического и соматического статусов у женщин с шизофренией, нуждающихся в ортопедическом стоматологическом лечении.....	222
<i>Галеев Р.М., Булгакова А.И., Шафеев И.Р.</i>	
Результаты исследования пациентов с различными видами съемных и комбинированных ортопедических конструкций.....	227

РАЗДЕЛ V. СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

<i>Ушницкий И.Д., Никифорова Е.Ю., Аммосова А.М., Семенов А.Д., Черемкина А.С., Данилова Ю.Ю.</i>	
Биометрические особенности зубочелюстной системы у детей с дисплазией соединительной ткани.....	231
<i>Черемкина А.С., Ушницкий И.Д., Ахременко Я.А., Никифорова Е.Ю., Тарасова Л.А., Прокопьев И.А., Давыдова М.М.</i>	
Анализ и оценка антимикробной активности биопрепарата «Ягель» при воспалительных процессах десны.....	236
<i>Миронова Л.С., Ушницкий И.Д., Саввина В.А., Егоров Р.И.</i>	
Частота и структура врожденных расщелин губы и неба у детей Республики Саха (Якутия).....	242
<i>Антонова А.А., Гермаиш В.И., Юрасова Т.И.</i>	
Влияние безалкогольного газированного напитка на состояние рН баланса полости рта.....	248
<i>Арсенина О.И., Пиксайкина К.Г., Попова А.В., Попова Н.В., Перфильев С.А., Чистякова В.Р.</i>	
Морфофункциональная характеристика зубочелюстной системы у пациентов с гипертрофией носоглоточной миндалины до и после ортодонтического лечения	252
<i>Кадукова Ю.В.</i>	
Санитарно-просветительская работа среди родителей как профилактика зубочелюстных аномалий у детей.....	260
<i>Арсенина О.И., Попова Н.В., Попова А.В., Комарова А.В.</i>	
Результаты применения эластопозиционера-корректора в комплексном лечении пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС.....	263
<i>Шаталина Е.А., Потёмкина Н.М., Ли Э.М.</i>	
Выбор местного обезболивания при удалении временных моляров.....	269
<i>Елистратова М.И., Кидрачева К.А., Петрова А.В.</i>	
Профилактика кариеса и исследование пищевых привычек у школьников Хабаровского края.....	275

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБРАЗОВАНИЕ И ИСТОРИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

УДК 378.661:616.31 (571.56)

20 ЛЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ОТДЕЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА СВФУ

Ушницкий И.Д., Петрова П.Г., Филиппов С.В., Буторина И.В.
*ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*
E-mail: incadim@mail.ru

Аннотация. В работе представлены исторические этапы развития и становления специальности «Стоматология» в системе высшего медицинского образования в Республике Саха (Якутия). Педагогическая, научная и практическая деятельность профессорско-преподавательского состава направлена на повышение качества подготовки профильных специалистов с высшим образованием. На сегодняшний день стоматологическое отделение СВФУ имеет определенные исторические этапы развития и продолжает активно развиваться.

Ключевые слова: стоматология, высшее медицинское образование, материально-техническая база, клиническая интернатура и ординатура, аспирантура.

20 YEARS ANNIVERSARY OF DENTAL DEPARTMENT OF MEDICAL INSTITUTE OF THE NORTH-EASTERN FEDERAL UNIVERSITY NAMED AFTER M.K.AMMOSOV

Ushnitsky I.D., Petrova P.G., Filippov S.V., Butorina I.V.
*North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov,
Yakutsk (Russia)*
E-mail: incadim@mail.ru

Abstract. The article presents historical stages of the development of dentistry in the system of the higher medical education in the Republic of Sakha (Yakutia). Pedagogical, scientific and practical work of the faculty is directed to im-

provement of specialists' quality. Today the dental department of NEFU has certain historical stages of its development and it continues to proceed.

Keywords: dentistry, higher medical education, infrastructure, clinical internship and residency, postgraduate study.

На сегодняшний день в республике история высшего медицинского образования, в частности стоматологического, имеет некоторые исторические аспекты. Так, в 1996 году на основании распоряжения Президента Республики Саха (Якутия) М.Е. Николаева № 288-РП от 30 мая 1996 года «О мерах по совершенствованию здравоохранения Республики Саха (Якутия)» и по решению Ученого совета Якутского государственного университета в медицинском институте была открыта специальность «Стоматология» с плановым набором 25 человек.

Заведующим стоматологическим отделением был назначен к.м.н., доцент Филиппов С.В., а заведующим курсом стоматологии лечебного и педиатрического факультетов – к.м.н., доцент Ушницкий И.Д. Курс стоматологии входил в состав кафедры факультетской хирургии (зав. кафедрой проф. Бушков П.Н.).

С 1996 по 2001 год стоматологическое отделение возглавлял к.м.н., доцент С.В. Филиппов, выпускник Московского медицинского стоматологического института. Семен Викторович внес неоценимый вклад в становление и развитие образовательного процесса, а также в укрепление материально-технической базы стоматологического отделения. Во время его работы в медицинском институте Якутского государственного университета были налажены учебно-методические и научные связи с МГМСУ, Читинской государственной медицинской академией, Северным государственным медицинским университетом (Архангельск), Красноярской медицинской академией и т.д. Под его руководством для профессорско-преподавательского состава и врачей-стоматологов республики были организованы выездные сертификационные циклы и циклы первичной переподготовки из городов Москвы, Читы и Красноярска. По результатам научно-исследовательской деятельности С.В. Филиппова изданы и издаются многочисленные научные работы в республиканских, российских и международных изданиях. По его инициативе в 1997 году была создана Стоматологическая ассоциация г. Якутска Республики Саха (Якутия), и он стал первым ее президентом.

До открытия специальности «Стоматология» курсом стоматологии в медицинском институте ЯГУ руководил к.м.н., доцент, врач хирург-стоматолог высшей квалификационной категории, заслуженный врач Российской Федерации, первый кандидат медицинских наук по специальности в республике Михеев Константин Константинович. Он окончил стоматологический факультет Иркутского медицинского института в 1963 г., прошел обучение в клинической ординатуре в 1966 – 1968 гг. на кафедре хирургической стоматологии Иркутского медицинского института, окончил аспирантуру в 1974 году на базе Ленинградского ГИДУВа и в 1975 году успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Лечение переломов нижней челюсти по материалам Якутской АССР». Был автором 15 научных работ, им были освоены и внедрены в Республике Саха (Якутия) клинически сложные операции по резекции верхней, нижней челюсти, ряд пластических и восстановительных операций челюстно-лицевой области. Одновременно работал в 1963-1984 гг. зам. главного врача стоматологической поликлиники, в 1984-1993 гг. – челюстно-лицевым хирургом в отделении ЧЛХ Республиканской больницы. Принимал активное участие в общественной жизни здравоохранения и республики. Так, являлся руководителем клинической интернатуры по специальности «Стоматология», председателем Общества стоматологов Якутской АССР, членом правления Всесоюзного научного общества стоматологов, членом и общественным секретарем Президиума профсоюза медицинских работников, а также председателем Федерации биатлона ЯАССР и бессменным судьей соревнований республиканского, регионального масштаба.

В период становления специальности в медицинском институте ЯГУ оказали большую научно-методическую помощь при получении государственной лицензии на образовательную деятельность преподаватели Красноярской государственной медицинской академии – декан стоматологического факультета д.м.н., профессор Левенец А.А., зав. кафедрой нормальной анатомии д.м.н., профессор Николаев В.Г., доцент кафедры нормальной анатомии к.м.н. Ефремова В.П. При этом неоценимый научно-методический вклад внесли председатели Итоговой государственной аттестации выпускников по специальности «Сто-

матология» в МИ ЯГУ – декан стоматологического факультета, зав. кафедрой хирургической стоматологии Читинской государственной медицинской академии д.м.н., профессор Пинелис И.С. и зав. кафедрой терапевтической стоматологии Иркутского государственного медицинского университета д.м.н., профессор Молоков В.Д., зав. кафедрой ортопедической стоматологии Красноярской государственной медицинской академии д.м.н., профессор Чижов Ю.В. Кроме того, активную методическую помощь оказали зав. кафедрой ортопедической стоматологии Дальневосточного государственного медицинского университета д.м.н., профессор Оскольский Г.И. и зав. кафедрой терапевтической стоматологии Архангельской государственной медицинской академии д.м.н., профессор Зеновский В.П.

Созданию материально-технической базы вновь открытой специальности было уделено особое внимание. Благодаря активным действиям ректора ЯГУ профессора Филиппова В.В. и директора МИ ЯГУ профессора Петровой П.Г. через год после открытия специальности были приобретены новое стоматологическое оборудование и расходный материал на 10 посадочных мест американской фирмы «SDS», а также фантомы и муляжи для курса пропедевтики стоматологических заболеваний. В начале 1997 года был открыт стоматологический кабинет в основном корпусе МИ, где проводилась лечебно-профилактическая работа по терапевтической и хирургической стоматологии и оказывалась консультативная помощь населению города Якутска и республики. В 1998 г. была открыта стоматологическая учебная лаборатория (поликлиника) Медицинского института ЯГУ (зав. учебной лабораторией врач-стоматолог Созонов И.Г.) с производственной мощностью более 100 посещений в день, затем стоматологическая поликлиника МИ ЯГУ (зав. с 2002 года к.м.н., доцент Буторина И.В.).

В 1998 г. впервые в медицинском институте была открыта самостоятельная кафедра стоматологии с курсом ЛОР-болезней (зав. кафедрой к.м.н., доцент Петров А.П.). Кафедра обеспечивала на должном уровне проведение практических занятий у студентов в стоматологическом отделении в соответствии государственным образовательным стандартом по специальности. Вначале основной учебной базой были фантом-

ный класс и стоматологический кабинет МИ. Кроме того, в том же году была открыта стоматологическая учебная лаборатория Медицинского института (СУЛМИ) – зав. лабораторией врач-стоматолог Созонов И.Г. (1998-2002), стоматологическая поликлиника МИ ЯГУ – заведующий с 2002 года к.м.н., доцент Буторина И.В.

По решению Ученого совета ЯГУ в 2000 году в медицинском институте были открыты кафедры терапевтической (зав. кафедрой, к.м.н., доцент Ушницкий И.Д., 2000-2009) [с курсами профилактики и физиотерапии стоматологических заболеваний, пропедевтики терапевтической стоматологии, терапевтической стоматологии детского возраста, госпитальной терапевтической стоматологии] и хирургической стоматологии (зав. кафедрой, к.м.н., доцент Филиппов С.В., 2000-2001; к.м.н., доцент Векслер Н.Д., 2001-2009) [с курсами пропедевтики хирургической и ортопедической стоматологии, стоматологии лечебного и педиатрического факультетов, госпитальной хирургической и ортопедической стоматологии, детской хирургической стоматологии и ортодонтии]. В данный период преподавателями по пропедевтике терапевтической стоматологии работали ст. преподаватели Сивцева А.И., Баишева В.И., Филиппова Е.В., наши выпускники ассистенты Колтовская Г.А., Егорова М.Ф., физиотерапии стоматологических заболеваний – ст. преп. Созонов И.Г., детской терапевтической стоматологии – ст. преподаватели Игнатъева И.Н., Верховцева С.И., Исакова-Петрова А.Н., Дьячковский Г.Н., профилактике стоматологических заболеваний – доцент Михайлова Р.И., терапевтической стоматологии – доцент Ушницкий И.Д., ст. преподаватели Буторина (Томило) И.В., Слепцова В.А., Клияненко М.Н., Андреева С.Н., Степанова Л.А., Кириллина Л.П. Старшим лаборантом кафедры работали Мальцева У.П., Журавлева Л.А., Прокопьева Ж.Л., Шамсутдинова Т.Г., лаборантом 1 категории – Петухова С.Ю., лаборантами 2 категории – Иванова В.В., Щепеткина О.Ю., Суздalова А.П. Преподавателями по пропедевтике хирургической стоматологии работали ст. преподаватель Чахов А.А., ортодонтии – к.м.н., доцент Филиппова Г.П., ст. преподаватели Галацан С.В., Корякина Н.В., Когай Л.В., пропедевтике ортопедической стоматологии – ст. преподаватель Тарасов Т.А., хирургической стоматологии детского возраста –

ст. преподаватели Чоросова С.Н., Дашкина Н.Р., доцент Ширко Т.В., хирургической стоматологии – к.м.н., доцент Филиппов С.В., к.м.н., доцент Векслер Н.Д., ст. преподаватели Ширко О.И., Выходцева Ж.В., ортопедической стоматологии – к.м.н., доцент Варламов П.Г., ст. преподаватели Иванов Т.С., Созонов В.В., Орган А.И., Гаранин И.И., курсу стоматологии для лечебного и педиатрического факультетов – ассистент Клияненко В.А., ст. преподаватели Саввина Д.Г., Амирокова Т.А. Лаборанты 1 категории – Прокопьева Ж.Л., Федорова А.Я., Захаров Д.П., лаборанты 2 категории – Денисов А.Р., Максимова М.С.

Немаловажным моментом образовательного процесса того времени является начало работы студенческого научного кружка, основным направлением которого стало изучение клинико-эпидемиологических особенностей стоматологических заболеваний и их профилактика у населения Севера.

В отделении функционируют студенческие научные кружки, студенты отделения ежегодно принимают участие с докладами в вузовских, республиканских, межрегиональных и российских научно-практических конференциях по актуальным вопросам стоматологии, а также публикуют научные работы в различных региональных, российских и международных изданиях. Работа студенческих научных кружков вызывает дальнейший интерес к науке среди выпускников. Так, 6 врачей-стоматологов защитили диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Стоматология», некоторые продолжают работу над докторскими диссертациями. Студенты отделения принимают участие во всероссийских студенческих олимпиадах по стоматологии с международным участием, не раз становились дипломантами и занимали призовые места на ее этапах. Первые выпускники отделения в 2001 году заложили традицию проведения вузовской студенческой олимпиады «Лучший студент-стоматолог», которая организуется ежегодно с участием всех студентов отделения.

Достаточный кадровый потенциал (доктор и кандидаты медицинских наук) и материально-техническая база стоматологического отделения медицинского института Якутского государственного университета позволили в 2005 году получить государственную лицензию Ми-

нистерства образования и науки Российской Федерации по подготовке специалистов в клинической ординатуре и аспирантуре. Так, в отделении функционирует клиническая ординатура по специализациям «Стоматология терапевтическая», «Стоматология хирургическая», «Стоматология ортопедическая», «Стоматология детского возраста», «Стоматология общей практики», а также аспирантура по специальности 14.01.14 – Стоматология (первый аспирант – выпускник стоматологического отделения Исаков Л.О.). В настоящее время коллектив отделения тесно сотрудничает с факультетом последипломного образования врачей МИ СВФУ. Он активно принимает участие в организации и проведении тематических курсов усовершенствований, сертификационных циклов и циклов первичной профессиональной переподготовки для врачей-стоматологов региона.

Преподавателями и аспирантами проводится активная научно-исследовательская работа, были защищены кандидатские диссертации по специальности 14.00.21. (14.01.14) – Стоматология: Ушницкий И.Д. на тему «Динамика физиологического статуса органов и тканей полости рта при проведении местной профилактики кариеса зубов у детей Центральной Якутии» (Архангельск, 1996), Филиппов С.В. «Сравнительный клинико-иммунологический анализ течения одонтогенных флегмон лица и шеи и воспалительных осложнений переломов нижней челюсти больных г. Якутска и г. Москвы» (Москва, 1996), Филиппова Г.П. «Закономерности роста лица и стоматологический статус у дошкольников Республики Саха (Якутия) в зависимости от уровня физического развития» (Архангельск, 2001), Варламов П.Г. «Распространенность основных стоматологических заболеваний среди взрослого населения Центральной Якутии и потребность его в ортопедической стоматологической помощи» (Тверь, 2001), Векслер Н.Д. «Иммунокоррекция в комплексе лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области» (Иркутск, 2002), Буторина И.В. «Повышение эффективности местной лекарственной терапии у больных с хроническим генерализованным пародонтитом» (Иркутск, 2007); Ширко О.И. «Прогнозирование и оптимизация процесса регенерации тканей после хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области»

(Якутск, 2006); Чахов А.А. «Клинико-физиологическая характеристика технологической модификации блокады нижнего луночкового нерва» (Иркутск, 2009); Исаков Л.О. «Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы, неба и профилактика их развития в Республике Саха (Якутия)» (Иркутск, 2009); Алексеева Н.А. «Клинико-физиологическое обоснование профилактики кариеса зубов у детей в Республике Саха (Якутия)» (Иркутск, 2010); Малогулов Р.Ш. «Клинико-лабораторное обоснование эффективности «Эпсорин» на хирургическом этапе дентальной имплантации» (Иркутск, 2012); Роголева А.С. «Состояние полости рта и потребность в стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста Республики Саха (Якутия)» (Омск, 2013); Яворская Т.Е. «Сравнительная характеристика эффективности средств, применяемых для профилактики кариеса зубов у детей» (Омск, 2013); Терентьева З.В. «Клинико-лабораторное обоснование эффективности применения адаптогенных средств при переломах нижней челюсти» (Тверь, 2016) и докторская диссертация – Ушницкий И.Д. «Клинико-физиологические аспекты состояния органов и тканей полости рта у населения Республики Саха (Якутия)» (Архангельск, 2001). Результаты научно-исследовательских работ преподавателей используются в качестве регионального компонента в учебном процессе различных учебных заведений республики и внедрены в практическое здравоохранение региона.

Основным направлением научной деятельности отделения является изучение влияния специфических условий региона на развитие стоматологических заболеваний и их профилактика. Сотрудники принимают активное участие в организации и проведении различных научно-практических конференций. Так, традиционно совместно с Министерством здравоохранения республики, Стоматологической ассоциацией г. Якутска РС(Я) и ЛПУ стоматологического профиля региона проводятся межрегиональные научно-практические конференции «Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера» (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2016), по итогам которых были изданы сборники научных статей, в последнее время с включением в базу данных РИНЦ.

Кроме основной деятельности многие преподаватели активно занимаются общественной деятельностью. Так, профессор Ушницкий И.Д. является членом административного и Ученого советов МИ СВФУ, главным внештатным детским стоматологом МЗ РС (Я), президентом Стоматологической ассоциации г. Якутска РС (Я), членом профильной комиссии МЗ РФ по специальности «Детская стоматология», членом Совета деканов стоматологических факультетов России, членом Совета и комитета по образованию Стоматологической ассоциации России, членом правления некоммерческого партнерства «Якутская медицинская палата», доцент Варламов П.Г. – член Научно-технического совета МИ СВФУ, доцент Михайлова Р.И. – член учебно-методической комиссии МИ СВФУ, доцент Баишева В.И. – член административного совета и Ученого совета МИ СВФУ, доцент Чахов А.А. – внештатный эксперт Территориального фонда обязательного медицинского страхования, бюро лицензирования и аккредитации медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РС (Я).

В настоящее время в Медицинском институте СВФУ подготовлено 358 врачей-стоматологов. Выпускники в основном работают в системе здравоохранения региона и Дальневосточного федерального округа, а также субъектов России. Окончили институт с дипломами отличия Клияненко М.Н., Буторина (Томило) И.В. (2001); Климовская Н.Н., Выбоч Р.А. (2002); Андросов М.В., Малогулов Р.Ш., Исаков Л.О. (2003); Крюкова С.А., Зверева М.Н., Кирьянова Н.А., Попова Е.Г., Дегтярева М.А. (2004); Иванов А.В., Немчинов Д.В. (2005); Варламова С.С., Юдина Н.П. (2006); Яворская Т.Е. (2007); Лукина В.С., Налыяхова С.И., Политова Ю.Е. (2008); Пастухова О.Н. (2009); Коренькова М.В., Кочетова Е.Ю., Кривошеева Л.Е., Пиксайкина К.Г., Попова И.И. (2010); Андреева А.Е., Сметанина Т. И. (2011); Созонова М.И. (2012); Карбушев А.О., Соколова К.В. (2014); Жмаева Е.А., Погожев Н.Э., Семёнова Н.В. (2015); Неустроева Л.Г. (2016). Многие из них успешно работают в системе здравоохранения региона. Так, Николаев И.Н. выполняет обязанности главного врача Бердигестяхской стоматологической поликлиники и главного внештатного стоматолога Горного улуса, Буторина И.В. – к.м.н., доцент, заведующая стоматологической поликлиникой

МИ СВФУ, Петрова М.Г. – зам. главного врача Сунтарской стоматологической поликлиники, Семенов А.Д. – главный врач стоматологической клиники «Адантис», Яворская Т.Е. – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний стоматологического факультета Чувашского государственного университета, Исаков Л.О. к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней и стоматологии ФПОВ МИ СВФУ и т.д. Последипломное образование в клинической интернатуре и ординатуре получили свыше 300 врачей-стоматологов.

Отделение по образовательной, практической и научной деятельности сотрудничает со стоматологической больницей Гудвил (г. Пусан, Республика Корея), компанией «Durg Dental» (г. Гамбург, Германия), а также вузами страны – ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» (Хабаровск), ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» (Архангельск), ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет», ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоматологический университет», ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» МЗ РФ.

Приоритетными направлениями развития специальности «Стоматология» в Медицинском институте СВФУ являются модернизация образовательного процесса в рамках непрерывного медицинского образования и аккредитации специалистов, внедрение инновационных технологий в лечении и профилактике стоматологических заболеваний, планомерное укрепление материально-технической базы стоматологического отделения, внедрение результатов научных исследований в региональной системе здравоохранения для совершенствования оказания стоматологической помощи населению, открытие республиканского инновационного центра по стоматологии в Медицинском институте СВФУ.

* * *

**ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У СПЕЦИАЛИСТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
г. ЯКУТСКА**

Ушницкий И.Д., Исаков Л.О., Левин Л.Л.,
Неустроева Л.Г., Семенова С.Н., Потапова С.А.
*ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*
E-mail: incadim@mail.ru

Аннотация. В работе проведена оценка частоты и структуры общесоматических заболеваний у врачей-стоматологов лечебно-профилактических учреждений г. Якутска. При этом было установлено, что наиболее распространенными являются заболевания опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта, а также неврологические патологии. Состояние здоровья врачей-стоматологов указывает на необходимость совершенствования лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: общесоматические заболевания, врач-стоматолог, лечение, профилактика.

**FREQUENCY AND STRUCTURE OF SOMATIC DISEASES
AMONG DENTAL EXPERTS IN YAKUTSK**

Ushnitsky I.D., Isakov L.O., Levin L.L.,
Neustroyeva L.G., Semenova S.N., Potapov S. A.
*North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov,
Yakutsk (Russia)*
E-mail: incadim@mail.ru

Abstract. The research assesses frequency and structure of somatic diseases among dentists of treatment-and-prophylactic institutions in Yakutsk. At the same time it has been established that diseases of the musculoskeletal system and digestive tract and also neurologic pathologies are the most widespread. The health condition of dentists indicates the need of improvement of treatment-and-prophylactic and rehabilitation events.

Keywords: somatic diseases, dentist, treatment, prevention.

Актуальность. Современная стоматология уже давно открыла перед докторами широчайшие возможности. Инновационные технологии все чаще применяются в стоматологических клиниках, но, несмотря на совершенствование условий труда и развитие современной эргономики, проблема профессиональных заболеваний врачей остается до конца нерешенной [2, 3, 5]. Важными являются не только государственные меры профилактики, но и индивидуальная профилактика профессиональных заболеваний среди врачей, в частности стоматологов, работа которых сопровождается физическими, токсическими, химическими вредностями наряду с постоянным психоэмоциональным напряжением [1, 4, 6, 7]. В связи с этим исследования, направленные на изучение и решение данных проблем, являются актуальными.

Цель исследования. Выявить наиболее распространенные профессиональные заболевания врачей-стоматологов в городе Якутске и разработать рекомендации по их профилактике.

Материалы и методы исследования. Проведено социологическое исследование врачей-стоматологов лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля города Якутска. Для этого была разработана и утверждена карта-анкета на кафедре терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста МИ СВФУ, которая включала вопросы в соответствии с направлением исследования. Всего было анкетировано 86 врачей-стоматологов в возрасте от 27 до 58 лет. При этом обследуемые в зависимости от стажа работы были подразделены на три группы: 5-15 лет, 16-25 лет, 25 и более.

Статистическая обработка материала проводилась с применением стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Полученные результаты характеризуют наличие у обследованных определенного спектра общесоматических заболеваний, включающих заболевания опорно-двигательного аппарата и органов зрения, неврологические и кожные заболевания, ЛОР-болезни, патологии ЖКТ и органов дыхания. Так, наиболее распространенными являются заболевания опорно-двигательного аппарата ($75,65 \pm 0,72\%$), в их структуре часто выявлялся остеохондроз шейного

отдела позвоночника ($79,12 \pm 0,61\%$), далее идут патологические изменения в плечевом суставе ($30,91 \pm 1,96\%$) и искривления позвоночника ($26,73 \pm 2,15\%$). При этом самый высокий уровень распространенности остеохондроза выявлялся у терапевтов-стоматологов ($80,06 \pm 0,55\%$), тогда как у хирургов и ортопедов он составлял $75,53 \pm 0,69\%$, $p < 0,05$.

Следующими по частоте идут неврологические патологии, связанные с нервной системой. Так, $55,59 \pm 1,28\%$ респондентов указали на наличие психоэмоционального расстройства. При этом $51,72 \pm 1,39\%$ отметили наличие повышенной утомляемости, $26,06 \pm 1,39\%$ – раздражительность.

Патологии ЖКТ также имеют довольно высокие показатели и составили $46,54 \pm 1,60\%$ у опрошенных. В структуре болезней ЖКТ часто выявлялись хронические анацидные и гиперацидные гастриты ($47,61 \pm 1,51\%$). Далее по частоте идут хронический панкреатит и холецистит, данные находились в пределах цифровых значений от $22,36 \pm 2,24\%$ до $28,93 \pm 2,06\%$. В то же время показатели язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки составляли $12,39 \pm 2,41\%$ и $18,81 \pm 2,36\%$.

Наличие заболеваний кожи и подкожной клетчатки у врачей-стоматологов отмечалось у $28,12 \pm 2,38\%$ и в основном в виде атопического дерматита и нейродерматита. Наличие патологий ЛОР-органов отмечали $27,33 \pm 2,41\%$. При этом по результатам анкетирования у хирургов не отмечено заболеваний уха и снижения слуха, тогда как терапевты и ортопеды отмечали снижение слуха в $13,41 \pm 2,53\%$ и $15,76 \pm 2,44\%$ случаев соответственно. Заболевания органов зрения у специалистов стоматологического профиля имелись в $23,11 \pm 2,53\%$. Следует подчеркнуть, что заболевания дыхательной системы составляли $15,92 \pm 2,44\%$, в основном в виде хронических тонзиллитов и бронхитов.

В целом по всем изучаемым параметрам общесоматических заболеваний у врачей стоматологов определяется закономерная тенденция повышения уровня частоты в зависимости от продолжительности стажа работы.

Заключение. Полученные результаты характеризуют о том, что самыми распространёнными общесоматическими заболеваниями у вра-

чей-стоматологов города Якутска являются заболеваниями опорно-двигательного аппарата, нервной системы и желудочно-кишечного тракта. Состояние здоровья врачей-стоматологов указывает на необходимость совершенствования лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Ефименко, С.А. Социальный портрет участкового врача-терапевта : монография / С.А. Ефименко, А.В. Решетников. – Москва : Здоровье и общество, 2005. – 205 с.
2. Лакшина, А.М. Состояние здоровья и условий труда врачей-стоматологов : учебно-методическое пособие / А.М. Лакшина, Д.И. Кичи. – Москва, 2001. – 41с.
3. Максимова, Е.М. Анализ рисков и мер по профилактике профессиональных болезней врачей-стоматологов / Е.М. Максимова, С.В. Сирак // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – №5-2. – С.319-323.
4. Новокрещенов, И.В. Особенности условий труда и материального положения врача клинической больницы медицинского вуза / И.В. Новокрещенов, И.Г. Новокрещенова // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. – 2013. – №12. – Т.3. – С. 1368-1371.
5. Ожгихина, Н.В. Профессиональные вредности в работе врача-стоматолога. Психофизиологический фактор / Н.В. Ожгихина, Ж.Э. Ожгихина // *Проблемы в стоматологии*. – 2013. – №1. – С.63-66.
6. Шурупова, Р.В. Особенности профессиональной мотивации врачей-клиницистов и основные способы стимуляции их интереса и самосовершенствования в работе // Р.В. Шурупова, А.В. Решетникова // *Социология медицины: наука и практика : сборник статей научно-практической конференции с междунар. участием*. – Москва, 2012. – С.188-191.
7. Янушевич, О.О. Профилактика и лечение профессиональных заболеваний стоматолога / О.О. Янушевич, В.А. Епифанов, Т.А. Иваненко, Н.Г. Дмитриева // *Стоматолог*. – 2007. – №11. – С.41-48.

* * *

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Буторина И.В., Ушницкий И.Д.
*ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*
E-mail: incadim@mail.ru

Аннотация. В статье представлены исторические этапы становления и развития стоматологической поликлиники Медицинского института Северо-Восточного федерального университета. В настоящее время материально-техническая база и кадровый потенциал лечебно-профилактического учреждения позволяют оказывать медицинскую помощь в соответствии с требованиями современной практики и науки.

Ключевые слова: исторические этапы становления и развития, материально-техническая база, кадровый потенциал, лечебно-профилактическое учреждение

**DENTAL POLICLINIC OF MEDICAL INSTITUTE
OF THE NORTH-EASTERN FEDERAL UNIVERSITY**

Butorina I.V., Ushnitsky I.D.
*North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov,
Yakutsk (Russia)*
E-mail: incadim@mail.ru

Abstract. Historical stages of the development of dental policlinic of medical institute of the North-eastern federal university are presented in this article. Nowadays material and technical resources and personnel capacity of treatment-and-prophylactic institution allow providing medical care according to requirements of modern practice and science.

Keywords: historical stages of the development, material and technical resources, personnel potential, treatment-and-prophylactic establishment.

Стоматологическая поликлиника является одним из крупных лечебно-профилактических учреждений в регионе и является региональным инновационным центром по специальности.

Созданию материально-технической базы вновь открытой специальности уделялось особое внимание. Так, в начале 1997 года был открыт стоматологический кабинет в основном корпусе МИ на 2 рабочих места, где проводилась лечебно-профилактическая работа по терапевтической и хирургической стоматологии и оказывалась консультативная помощь населению города Якутска и республики. Первым заведующим учебной лабораторией с 1997 по 2002 г. был назначен врач-стоматолог ординатор Созонов И.Г.

В 1999 году на основании Постановления Ученого совета ЯГУ № 03 «Об открытии стоматологической поликлиники» от 29.12.99 г. в главном корпусе Медицинского института была открыта стоматологическая учебная лаборатория как материально-техническая и клиническая база для подготовки студентов стоматологического отделения, врачей-интернов и клинических ординаторов. Благодаря активным действиям ректора ЯГУ профессора Филиппова В.В. и директора МИ ЯГУ профессора Петровой П.Г. было приобретено новое стоматологическое оборудование на 10 посадочных мест американской фирмы «SDS», а также фантомы и муляжи для курса пропедевтики стоматологических заболеваний. В настоящее время это помещение занимает терапевтическое отделение стоматологической поликлиники.

С 2002 года по настоящее время организацию лечебно-профилактической и методической работы в стоматологической поликлинике МИ СВФУ возглавляет врач-стоматолог высшей категории, к.м.н., доцент, отличник здравоохранения РС (Я) Буторина И.В.

На основании постановления Ученого совета ЯГУ № 03 от 08.01.2003 г. стоматологическая учебная лаборатория МИ получила статус Стоматологической поликлиники как лечебно-профилактического учреждения г. Якутска, оказывающего полный комплекс стоматологических услуг населению республики. Это позволило поликлинике с февраля 2003 года активно работать в системе обязательного медицинского страхования.

За короткий период времени с 2003 по 2004 г. введены в эксплуатацию ортопедическое отделение и зуботехническая лаборатория №1 на три рабочих места, а также хирургическое отделение на 2 операционные и физиотерапевтический кабинет. С 2009 г. введен в эксплуатацию рентгенологический кабинет, оснащенный цифровым ортопантомографом с цефалостатом и радиовизиографом.

За период 2011-2013 гг. в рамках реализации мероприятий Программы развития СВФУ, согласно проекту 3.1 «Разработка и внедрение здоровьесберегающих и медицинских технологий для повышения качества жизни на Севере» и мероприятию 1.19. Модернизация и оснащение стоматологической поликлиники МИ СВФУ, здание медицинского института стало Клиникой МИ СВФУ. Это позволило создать на базе стоматологической поликлиники МИ СВФУ региональный инновационный центр, который способствует внедрению в практическое здравоохранение современных технологий диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний.

На сегодняшний день стоматологическая поликлиника площадью более 500 кв.м, мощностью более 150 посещений в смену, на 14 рабочих стоматологических мест оказывает полный комплекс стоматологических услуг для взрослых и детей по различным направлениям. При этом в практической деятельности успешно применяются бинокулярные оптические стоматологические микроскопы в эндодонтии, CAD/CAM технологии в зубопротезировании и т.д.

В стоматологической поликлинике на протяжении нескольких лет работают 15 врачей-стоматологов различных специальностей. Неоценимый вклад в становление и развитие поликлиники внесли врачи стоматологи-терапевты Мигалкина Е.Н., выпускница Красноярского медицинского института, Иванова А.А., выпускница Иркутского государственного медицинского института, которые награждены почетной грамотой ректора за многолетний и добросовестный труд. Также в развитие и внедрение современных медицинских технологий в поликлинике огромную лепту внесли выпускники Медицинского института Якутского государственного университета врачи-стоматологи Буторина И.В., Клияненко М.Н., Демченко М.Ю., Иванова А.С., Кинжалин А.С., Токосов А.Г., Ивченко С.В., Макаров А.В. и выпускники Дальневосточного государственного медицинского университета Созонов И.Г., Москвитин С.Г. На протяжении 29 лет в СВФУ работает зубной врач Абрамов И.И., отличник здравоохранения РС (Я), который перевелся в 2004 г. из профилактория «Смена».

Основателем двух зуботехнических лабораторий по изготовлению съемных и несъемных ортопедических конструкций, металлокерамических протезов и литейной мастерской является отличник здравоохранения РС (Я), старший зубной техник высшей категории Афанасьев К.П. Зубные техники высшей категории: Елисеева Л.И., Капустина Т.Г. являются наставниками студентов медицинского колледжа и стоматологического отделения по курсу «Ортопедическая стоматология».

Благодаря среднему и младшему медицинскому персоналу, преданно служащему своей благородной профессии на протяжении многих лет в поликлинике (Адамова К.Е., Петрова Н.А., Колесов А.С. – медицинские сестры высшей категории, Белолобский С.С., Егорова А.Р., Федорова Я.Н., Хабарова М.А., Капустина В.В., Корякина А.В., Данилова М.В), пациентам оказывается высококвалифицированное медицинское обслуживание.

Медицинский персонал стоматологической поликлиники непрерывно повышают свой профессиональный уровень. Так, на основании соглашения о сотрудничестве между СВФУ и стоматологической больницей «Гудвил», Южная Корея, г. Пусан в 2013 году прошли стажировку старший зубной техник Афанасьев К.П., врач стоматолог-ортопед Демченко М.Ю., врач стоматолог-терапевт Мигалкина Е.Н. и доцент кафедры ТХОС и СДВ Баишева В.И. Только за 2015 год 10 специалистов прошли курсы повышения квалификации по различным практическим направлениям: рентген-лаборант Белолобский С.С. – «Радиационная безопасность и радиационный контроль» (Москва); зубной техник Иванова Н.В., врачи стоматологи-ортопеды Демченко М.Ю. и Макаров А.В. – «Протезирование на имплантатах с использованием протетических элементов» (С.Петербург); врач стоматолог-ортодонт Иванова А.С. – «Пороки развития лица. Ортодонтическое лечение» (Москва); врач стоматолог-хирург Агеев А.В. – «Методики проведения костной пластики и синус-лифтинга в хирургической стоматологии» (С.Петербург); врачи стоматологи-терапевты Мигалкина Е.Н. и Иванова А.А. – «Эффективные технологии эндодонтического лечения» (С.Петербург); врачи стоматологи-терапевты Буторина И.В. и Созонова М.И. – «Клиническая пародонтология. Особенности хирургического и терапевтического лечения» (С.Петербург); зубной техник Иванова Н.В.

– «Безметалловая керамика. Техника изготовления коронок, вкладок и виниров», «Особенности нанесения керамической массы на каркас из диоксида циркония» (Москва).

Подготовка студентов к профессиональной деятельности осуществляется в стоматологической поликлинике Медицинского института СВФУ. При этом они имеют возможность принимать больных и проводить некоторые медицинские манипуляции под руководством преподавателей. Кроме того, на базе лечебно-профилактического учреждения проводится обучение специалистов в клинической интернатуре и ординатуре, курсантов сертификационных циклов, первичной переподготовки, а аспирантами и соискателями выполняются научно-исследовательские работы.

В настоящее время стоматологическая поликлиника является одним из крупных лечебно-профилактических учреждений по профилю и имеет определенные перспективы по оказанию медицинской помощи населению и подготовке, повышению квалификации и профессиональной переподготовке специалистов, выполнению и внедрению результатов научно-исследовательских работ.

* * *

УДК 616.31:004

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В СТОМАТОЛОГИИ

Ушницкий И.Д., Баишева В.И., Потапова С.А., Сыморот О.А.,
Тарасова Е.П., Сторожева С.В., Тимофеева А.Н.
*ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)
E-mail: incadim@mail.ru*

Аннотация. В данной работе представлены оценка и анализ внедрения в практическое здравоохранение медицинской информационной системы (МИС) путем проведения социологического исследования врачей-стоматологов Центральной Якутии. Полученные данные характеризуют

определенные удобства и перспективность данной информационной системы в практической стоматологии. Также, для повышения качества оказываемой лечебно-профилактической работы необходимо постоянно совершенствовать данную информационную систему.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлинический прием, стоматологическая помощь, медицинская информационная система.

PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF MEDICAL INFORMATION SYSTEM IN DENTISTRY

Ushnitsky I.D., Baisheva V. I., Potapova S.A., Tarasova, E.P., Symorot O.A.,
Storozheva S.V., Timofeeva A.N.

*North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov,
Yakutsk (Russia)*

E-mail: incadim@mail.ru

Abstract. This article assesses and analyses practical health care of the medical information system (MIS) by carrying out sociological research of dentists of the Central Yakutia. The obtained data characterized certain conveniences and prospects of this information system in practical stomatology. But, at the same time, it is necessary to improve this information system constantly for the improvement of quality of the rendered treatment-and-prophylactic work

Key words: out-patient and polyclinic reception, dental help, medical information system.

Актуальность. В настоящее время определяется интенсивное развитие коммуникативных систем [1, 5, 8]. Информационные технологии могут с успехом применяться в различных областях современной медицины. Современные технологические решения в состоянии обеспечить свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от места проживания пациента, значительно повысить доступность высокотехнологичных медицинских услуг, медицинской экспертизы [2, 3, 6]. Сейчас, в эпоху массового внедрения персональных компьютеров во все сферы современной жизни, медицина – не исключение. Врач, безусловно, должен владеть своей предметной областью и уметь применять информационно-компьютерные технологии для улучшения качества лечения и уровня жизни пациентов [4, 7].

Цель исследования. Провести анализ и оценку медицинской информационной системы в стоматологии и определить ее перспективы.

Материалы и методы исследования. Проводилось социологическое исследование врачей-стоматологов лечебно-профилактических учреждений г. Якутска и с. Чурапча (Чурапчинский улус [район]). В анкетировании приняли участие 54 врача-стоматолога в возрасте 27-50 лет. Для исследования была разработана и утверждена анкета для социологического исследования на кафедре терапевтической, хирургической, ортопедической и стоматологии детского возраста Медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова». Анкета включала, в основном, вопросы работы с медицинской информационной системой на амбулаторно-поликлиническом стоматологическом приеме, на основании полученных результатов проводилась оценка коммуникативной системы.

Статистическая обработка клинического материала проводилась с применением стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют о том, что все респонденты отметили в основном преимущества медицинской информационной системы. При этом $33,34 \pm 1,98\%$ респондентов отметили, что данная система имеет очень удобную программу. Также $24,05 \pm 2,26\%$ опрошенных врачей-стоматологов считают, что МИС меньше времени занимает, чем оформленная вручную амбулаторная карта стоматологического больного. Следует подчеркнуть, что все опрошенные специалисты удовлетворены имеющимися готовыми шаблонами в компьютерной программе.

Несмотря на положительные моменты работы на амбулаторно-поликлиническом стоматологическом приеме с МИС, $20,37 \pm 2,36\%$ отмечают недостаточно полное содержание шаблонов. Кроме того, проведенный опрос выявил, что программа системы не редко зависает и выдает ошибки, так отметили $9,25 \pm 2,70\%$. Сложная коммуникативная информационная система требует овладения навыками у каждого специалиста, требуется адаптационный период для освоения программы. Так, у $80,16 \pm 0,80\%$ опрошенных респондентов среднестатистический срок адаптации составляет около 1 месяца. Тем временем $7,53 \pm 2,75\%$

указали, что в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, расположенных в городе Якутске, определяется недостаток персональных компьютеров. При этом некоторые врачистоматологи ($14,81 \pm 2,54\%$) указывают, что работа с МИС занимает больше времени, чем ручное заполнение медицинских стоматологических карт. Среди ответов была выявлена небольшая часть респондентов ($1,85 \pm 0,92\%$), которые отметили, что если не успели заполнить карты во время рабочего дня, то МИС исключает возможность заполнения карт в домашних условиях. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что $5,55 \pm 2,81\%$ врачей-стоматологов испытывают трудности при заполнении медицинских карт в МИС из-за постоянного требования обновления программы. Технические возможности комплексной электронной программы МИС не позволяют одновременно заполнять один статистический талон на одного пациента с разными клиническими диагнозами, такой ответ был получен у $1,85 \pm 0,92\%$ врачей-стоматологов.

В целом анализ и оценка полученных данных характеризуют о том, что $60,45 \pm 1,18\%$ отмечают удовлетворение с работой МИС, тогда как $39,55 \pm 1,80\%$ указали на неудовлетворенность.

Заключение. Полученные данные позволяют утверждать, что медицинские информационные системы оказывают позитивное влияние на организацию лечебно-профилактических мероприятий и соответственно имеют определенную перспективу в ее применении на амбулаторно-поликлиническом стоматологическом приеме. Такая ситуация диктует необходимость совершенствования МИС в соответствии с требованиями современной клинической стоматологии, а также по необходимости включить в учебную программу подготовки врачей-стоматологов данный раздел.

Литература

1. Венедиктов, В.Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения / В.Д. Венедиктов. – Москва, 2008. – 336 с.
2. Дюк, В. Информационные технологии в медико-биологических исследованиях / В. Дюк, В. Эмануэль. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 528 с.

3. Медицинские информационные системы / А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский, А.Н. Хисамутдинов. – Казань : КГМУ, 2012. – 63 с.
4. Зарубина, Т.В. Поддержка решений врача при интерпретации результатов лабораторных исследований / Т.В. Зарубина // Информационные технологии и общество – 2007: материалы международного симпозиума. – Москва : Форсикон, 2007. – С.20-26.
5. Информатика и системы управления в здравоохранении и медицине : учебное пособие / под ред. проф. Г.А. Хая. – Санкт-Петербург : СПбМАПО, 1998. – 130 с.
6. Рот, Г.З. Медицинские информационные системы : учебное пособие / Г.З. Рот, М.И. Фихман, Е.И. Шульман. – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2005. – 70 с.
7. Хай, Г.А. Содержательное и формальное описание объектов с системных позиций / Г.А. Хай // Тр. Межд. конф. «Информационные и телемедицинские технологии в охране здоровья», посвящ. 50-летию медицинской кибернетики и информатики в России. – Москва, 2005. – С. 165-166.
8. Эльянов, М.М. Медицинские информационные технологии : каталог. Вып. 5 / М.М. Эльянов. – Москва : Третья медицина, 2005. – 320 с.

* * *

УДК 378.661:159.9 (571.56)

ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА

Колтовская Г.А., Ушницкий И.Д., Агафонова Е.Ю., Неустроева Л.Г.
*ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)
E-mail: koltov79_galya@mail.ru*

Аннотация. Проведенное анкетирование студентов-медиков, обучающихся на старших курсах, позволило определить общий уровень нравственно-этических особенностей. Так, средний уровень был выявлен по данным эмоционального канала, а по остальным были ближе к заниженному уровню. В связи с этим необходимо в дальнейшем развивать нравствен-

ные качества студентов с проведением комплекса мероприятий, которые позволят организовать воспитательный и образовательный процесс так, чтобы студенты помогали друг другу, взаимодействуя во время образовательного процесса.

Ключевые слова: эмпатия, студенты, нравственное воспитание, образовательный процесс.

THE CHARACTERISTIC OF EMPATHY LEVEL AMONG STUDENTS OF MEDICAL INSTITUTE OF THE NORTH-EASTERN FEDERAL UNIVERSITY

Koltovskaya G. A., Ushnitsky I.D., Agafonova E.Yu., Neustroyeva L.G.
*North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov,
Yakutsk (Russia)*
E-mail: koltov79_galya@mail.ru

Abstract. The questionnaire of the senior medical students has allowed determining the general level of moral and ethical features. So, the average level has been revealed at data of the emotional channel and lower level was closer to the others. In this regard it is necessary to develop further moral qualities of students with a complex of events organizing educational process so that students help each other, interacting during educational process.

Keywords: empathy, students, moral education, educational process.

Актуальность. На сегодняшний день нравственное воспитание подрастающего поколения врачей становится все более актуальной [1, 3, 5]. В связи с этим воспитание студентов медицинских вузов должно осуществляться в рамках каждой учебной дисциплины, а также на дополнительных занятиях с младших курсов и до полного формирования в сознании будущих врачей нравственных стереотипов. Данная ситуация диктует необходимость продолжения исследований, направленных на повышение теоретических знаний у студентов по эмпатии [2, 4]. Это в свою очередь позволит поднять медицинское образование на новый уровень, соответствующий современным представлениям о врачебной нравственности и профессионализме.

Цель исследования. Провести анализ уровня эмпатии у студентов старших курсов образовательного учреждения.

Материалы и методы исследования. Проводилось социологическое исследование с применением методики В.В. Бойко (2009), который служила эмпирической сравнительной базой. Всего было исследовано 45 студентов старших курсов отделения «Стоматология» Медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» в возрасте 20-27 лет. Данная методика позволяет выявить как основной показатель уровня эмпатии, так и значимость конкретного параметра в структуре эмпатии и включает следующие шкалы: рациональный канал эмпатии; эмоциональный канал эмпатии; интуитивный канал эмпатии; установки, способствующие или препятствующие эмпатии; проникающая способность в эмпатии; идентификация в эмпатии. Оценки по каждой шкале варьировали от 0 до 6 баллов.

Тестирование студентов проводилось в обычных аудиториях, использовались бумажные бланки-опросники, данные из которых затем были обработаны с помощью программных средств «MS Excel».

Результаты исследования. Полученные результаты подтверждают о том, что общий уровень эмпатии у обследованных групп студентов находится ближе к заниженному уровню, где среднестатистический показатель составил $17,55 \pm 0,62$ баллов. При этом данные по показателям рационального канала, который определяет направленность внимания, целенаправленность мышления и восприятия другого человека, его поведения и состояния, а также интуитивного канала, характеризовали заниженный уровень и соответственно находились в пределах цифровых значений $2,75 \pm 1,12$ и $2,45 \pm 1,13$ баллов. Тем временем проведенный анализ результатов по каналам установки, проникающая способность и идентификация в эмпатии интерпретировал заниженный уровень, где показатели варьировали в пределах от $2,65 \pm 1,12$ до $2,91 \pm 1,10$ баллов. Эффективность эмпатии, вероятно, снижается, если человек старается избегать личных контактов, считает неуместным проявлять любопытство к другой личности, убедил себя спокойно относиться к переживаниям и проблемам окружающих.

Необходимо отметить, что только данные эмоционального канала характеризовали средний уровень эмпатии, средний показатель составил $3,36 \pm 1,10$ баллов. Это свидетельствует о том, что эмпатическое

восприятие испытуемых зависит в первую очередь от способности студентов входить в эмоциональный резонанс с другими людьми, на уровне чувств понимать их переживания, настроения, прогнозировать поведение и подстраиваться под него.

Заключение. Результаты проведенных исследований по диагностике эмпатических способностей студентов определили то, что общий уровень эмпатии близок к нижней границе, но в то же время эмоциональный канал был на оптимальном уровне. Полученные данные диктуют необходимость дальнейшего развития нравственных качеств студентов-медиков с проведением уроков нравственности во время кураторских часов и в комплексе с преподаванием, индивидуальной работой и работой в группах, которые позволят организовать воспитательный и образовательный процесс так, чтобы студенты помогали друг другу, взаимодействуя во время образовательного процесса.

Литература

1. Бездухов, В.П. Нравственно-ценностная сфера сознания студента: диагностики и формирование / В.П. Бездухов, Т.В. Жирнова. – Москва : Московский психолого-социальный институт, 2008. – 202 с.
2. Бобер, Е.А. Специфика профессиональных личностных особенностей студентов медицинского колледжа как фактор качества подготовки специалиста / Е.А. Бобер // Молодой ученый. – 2013. – №3. – С.24-26.
3. Бражникова, А.Н. Эмпатия как нравственное качество будущего профессионала / А.Н. Бражникова // Психологическая наука и образование. – 2012. – №4. – С. 64-67.
4. Кудрявая, Н.В. Педагогика в медицине / Н.В. Кудрявая. – Москва : Академия, 2012. – 318 с.
5. Мельник, Е.В. Эмпатия как фактор успешной профессиональной деятельности / Е.В. Мельник // Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма : сборник научных статей по материалам Первого международного форума / Под общ. ред. И.А. Баевой, Ш. Ионесу, Л.А. Регуш. – Санкт-Петербург, 2006. – С.221-224.

* * *

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

Чахов А.А., Ушницкий И.Д., Семенова Т.А.,
Доржиева Л.И., Мандрова Е.Н., Иванова А.А.
*ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)
E-mail: alex-alex41169@mail.ru*

Аннотация. Изучено влияние психоэмоционального статуса на физиологические показатели артериального давления (АД) с определением среднего кровяного давления (СКД), пульсового давления (ПД) и вегетативного индекса Кердо (ВИК), частоты сердечных сокращений (ЧСС) в динамике на различных этапах стоматологического приема при проведении блокады нижнего луночкового нерва.

Полученные данные эффективности обезболивания свидетельствуют о наличии более позитивных показателей у женщин-аборигенов, чем у мужчин. Но в то же время психофизиологические параметры характеризуют о наличии состояния психоэмоционального напряжения у всех пациентов, где наиболее стрессуемым является 2 этап, предвещающий анестезию. Полученные данные диктуют необходимость проведения дальнейших исследований для предупреждения возможных осложнений на стоматологическом амбулаторно-поликлиническом приеме.

Ключевые слова: психоэмоциональное напряжение, местная анестезия, артериальное давление, среднее кровяное давление, пульсовое давление, вегетативный индекс Кердо, частота сердечных сокращений, стоматологический прием.

CONNECTION BETWEEN PATIENTS' PSYCHOEMOTIONAL STATE AND PHYSIOLOGICAL INDICATORS AT DENTIST CONSULTATION STAGES

Chakhov A.A., Ushnitsky I.D., Semenova T.A.,
Dorzhiyeva L.I., Mandrova E.N., Ivanova A.A.
*North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov,
Yakutsk (Russia)
E-mail: alex-alex41169@mail.ru*

Abstract. The influence of psychoemotional status on physiological indicators of the arterial pressure (AP) with definition of the average blood pressure (ABP), pulse pressure (PP) and Kerdo's vegetative index (KVI), heart rate (HR) was studied in dynamics at various stages of dentist consultation when carrying out blockade of the lower alveolar nerve.

The obtained data of anesthesia efficiency confirmed presence of more positive indicators among Yakut females, than males. But, at the same time, psycho-physiological parameters characterized the condition of psychoemotional pressure in all patients where the most stressful was the 2nd stage preceding anesthesia. The obtained data dictated need of further researches for the prevention of possible complications at dental out-patient and polyclinic visits.

Keywords: psychoemotional pressure, local anesthesia, arterial pressure, average blood pressure, pulse pressure, Kerdo's vegetative index, heart rate, dentist consultation.

Актуальность. На сегодняшний день качество местной анестезии в практической стоматологии имеет особую актуальность, что связано с массовостью этого вида специализированной медицинской помощи [1, 2]. Следует отметить, что одним из основных факторов, влияющих на результат лечебных мероприятий, является не только полноценное обезболивание, но и его безопасность, поскольку проводимые врачом-стоматологом манипуляции часто сопровождаются болью и психофизиологическими сдвигами [3, 4, 5].

В настоящее время имеющийся клинический опыт указывает на наличие у стоматологических больных, как правило, стойкой психоэмоциональной установки на боль, которую последние ощущают даже при отсутствии инструментов, лишь при одной мысли о предстоящих врачебных манипуляциях. Возникновение психоэмоционального напряжения пациентов на стоматологическом приеме определенным образом обусловлено негативным опытом предыдущих посещений врача-стоматолога. Необходимо отметить, что любая боль и даже мысль об этом сопровождается непроизвольным вегетативным компонентом. При этом значительная часть (84%) стоматологических пациентов обычно страдают стоматофобией и наличие сопутствующих заболеваний может привести к нежелательным общим осложнениям при проведении местной анестезии [6, 7, 8].

Материал и методы исследования. Для изучения взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием и физиологических показателей у пациентов на амбулаторно-поликлиническом стоматологическом приеме был проведен анализ эффективности проводниковой анестезии по Гоу-Гейтсу. Для местной анестезии использовали анестетик артикаин (1:100000) с учетом показаний и противопоказаний. Клинико-физиологическое исследование проводилось на базе стоматологической поликлиники Медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова». Местное обезболивание осуществлялось у пациентов при лечении кариеса и его осложнений, а также одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Всего было обследовано 55 человек, из них 20 – мужчин, 35 – женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Все обследованные по этническому признаку относились к группе монголоидов (якуты, эвены). Анализ эффективности анестезии проводили по методике Сохова С.Т. (1982). Тревожность оценивали по стандартной методике, принятой в «Лаборатории по изучению боли и методов обезболивания в стоматологии» Научно-исследовательского медико-стоматологического института Московского государственного медико-стоматологического университета МЗ РФ (2003).

С целью выявления психофизиологического напряжения пациентов на стоматологическом амбулаторном приеме было изучено состояние основной компенсаторно-приспособительной системы организма – системы кровообращения: анализ показателей артериального давления (АД) с определением среднего кровяного давления (СКД), пульсового давления (ПД) и вегетативного индекса Кердо (ВИК), частоты сердечных сокращений (ЧСС) в динамике на различных этапах лечения.

Результаты и обсуждение. На амбулаторном стоматологическом приеме качественное обезболивание во многом определяет качество лечебно-профилактической помощи. В связи с этим нами был проведен анализ эффективности обезболивания. Субъективные данные, полученные при обследовании монголоидов (якуты, эвены), проживающих в условиях Севера, указывают на достаточную эффективность проводниковой анестезии по Гоу-Гейтсу. Среднестатистический пока-

затель эффективности обезболивания свидетельствует о наличии более позитивных показателей у женщин-аборигенов ($1,31 \pm 0,08$ балл), чем у мужчин, у которых данный показатель несколько выше и составляет $1,50 \pm 0,12$ баллов (1 балл - полностью безболезненное вмешательство; 2 балла – незначительная болезненность, при котором вмешательство удалось закончить без дополнительного обезболивания; 3 балла – болезненное вмешательство, которое не позволило закончить вмешательство без дополнительного обезболивания).

Необходимо подчеркнуть, что анализ полученных данных вегетативного индекса Кердо (ВИК) указывает на наличие некоторых особенностей. Так, перед врачебным приемом (1 этап) среднестатистический показатель ВИК составлял $0,65 \pm 0,17$ у.е., что свидетельствует о практически равновесном состоянии симпатической и парасимпатической нервной системы в организме. Перед анестезией при виде шприца (2 этап) у пациентов отмечается значительное (в 8,3 раза) повышение величины ВИК – $5,39 \pm 0,11$ у.е. (активация симпатического тонуca). В дальнейшем, в процессе лечения (3 этап), происходит некоторое снижение до $2,40 \pm 0,28$ у.е. показателя ВИК. Показатель вегетативного индекса Кердо после окончания приема пациента (4 этап) достигает отрицательных значений в пределах – $0,75$ у.е., что свидетельствует о повышении парасимпатического влияния. Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее психоэмоционально стрессировым является 2 этап, где происходит активная мобилизация защитных ресурсов организма.

Изменение величины ЧСС в процессе лечения также свидетельствует о том, что наибольшее психоэмоциональное напряжение возникает не во время врачебных манипуляций, а на 2 этапе во время проведения анестезии. Так, перед приемом средний показатель частоты сердечных сокращений равен $77,5 \pm 1,70$ с/мин., далее перед анестезией при виде шприца количество сокращений сердца увеличивается до $80,7 \pm 3,07$ с/мин. и, постепенно снижаясь, после лечения достигает величины $75,4 \pm 1,28$ с/мин.

Уровень СКД у пациентов на этапах лечения изменился незначительно – в среднем на $1,5$ мм рт. ст. (от $90,3$ мм рт. ст. до $91,5$ мм рт. ст.).

В то же время отмечается повышение ПД в период проведения лечебно-профилактической помощи. Так, если перед врачебным приемом показатель ПД составлял $42,2 \pm 0,05$ мм рт. ст., то максимальные изменения были выявлены перед анестезией – $45,5 \pm 0,19$ мм рт. ст. и лечением – $46,0 \pm 0,04$ мм рт. ст. Данные факты свидетельствуют о повышении нагнетательной функции сердца при проведении лечебных манипуляций.

Уровень тревожности пациентов также динамично изменяется в процессе стоматологического приема. На 1 этапе тревожность составляет 4,6 балла, на 2 этапе перед анестезией повышается на 15% и составляет уже 5,3 балла, на 3 этапе продолжает незначительно повышаться до 5,5 баллов и на 4 этапе (после окончания лечения) снижается до минимальных значений - 1,8 балла. Полученные показатели подтверждают, что обследованные пациенты перед приемом и во время приема находятся в состоянии психоэмоционального напряжения, которое снижается после лечения.

Заключение. Проведенный нами анализ субъективных и объективных данных обследования пациентов на стоматологическом приеме при проведении проводниковой анестезии по Гоу-Гейтсу выявил некоторые особенности. Данные эффективности обезболивания свидетельствуют о наличии более позитивных показателей у женщин-аборигенов, чем у мужчин. Психофизиологические параметры характеризуют о наличии состояния психоэмоционального напряжения у всех пациентов. Наиболее стрессуемым является 2 этап, предваряющий анестезию, что имеет важное физиологическое значение. Эмоциональное напряжение, возникающее на данном этапе, активизирует симпатическую систему («систему тревоги»), которая, в свою очередь, мобилизует защитные системы организма.

Литература

1. Грицук, С.Ф. Анестезия в стоматологии / С.Ф. Грицук. – Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 1998. – 304 с.
2. Московец, О.Н. Зависимость болевого восприятия от эмоционального состояния у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме: автореф. дис. ... д-ра. биол. наук / О.Н. Московец. – Москва, 2003. – 49 с.

3. Рабинович, С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии / С.А. Рабинович. – Москва : ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 144 с.
4. Стош, В.И. Руководство по анестезиологии и оказанию неотложной помощи в стоматологии / В.И. Стош, С.А. Рабинович, Е.В. Зорян. – Москва : МЕДпресс-информ, 2002. – 288 с.
5. Кононенко, Ю.Г. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии / Ю.Г. Кононенко, Н.М. Рожко, Г.П. Рузин. – Москва : Книга плюс, 2002. – 320 с.
6. Malamed, S.F. Handbook of Local Anaesthesia / S.F. Malamed. – Part- 2-4 th ed. St. Louis: CV Mosby, 1997. – 327 p.
7. Lipp, M.D.W. Anesthesia local en odontologia / M.D.W. Lipp. – ESPAXS, SA. – Barcelona, – 1998. – 164 p.
8. Bonde, J. Local analgetics. Pharmacology, use and adverse effects / J.Bonde, K. Antonsen, M.B. Hansen // Ugekr. Laeger. – 1993. – Vol.155. – № 38. – P.341 – 348.

* * *

РАЗДЕЛ II

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.31 (571.56-37)

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Ушницкий И.Д., Семенов А.Д., Никифорова Е.Ю.,
Федоров Е.Г., Ермолаева О.В.
*ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*
E-mail: incadim@mail.ru

Аннотация. В работе представлена характеристика стоматологического статуса и потребность населения промышленных районов Республики Саха (Якутия). При этом установлен высокий уровень распространенности кариеса зубов и болезней пародонта. Кроме того, определяется неуккомплектованность врачами-стоматологами системы здравоохранения промышленных районов, что в определенной степени затрудняет оказание лечебно-профилактической помощи населению. Данная ситуация диктует необходимость разработки и внедрения региональной комплексной программы совершенствования стоматологической помощи населению промышленных провинций Якутии.

Ключевые слова: кариес зубов, болезни пародонта, промышленные районы, стоматологическая помощь.

PRIORITY DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF THE DENTAL HELP TO THE POPULATION OF INDUSTRIAL REGIONS OF THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)

Ushnitsky I.D., Semenov A.D., Nikiforova E.Yu., Fedorov E.G., Yermolaeva O. V.
North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov, Yakutsk, (Russia)
E-mail: incadim@mail.ru

Abstract. The work presents the characteristic of the dental status and requirement of the population of industrial regions of the Republic of Sakha (Yakutia). At the same time the high level of prevalence of caries and parodontium

diseases has been revealed. Besides, there is not enough dentists in the industrial regions that to some extent complicates treatment-and-prophylactic help to the population. This situation dictates need of the development of the regional complex program of improvement of dental help to the population of the industrial regions of Yakutia.

Keywords: caries, parodontium diseases, industrial regions, dental help.

Актуальность. На сегодняшний день особое внимание уделяется повышению качества оказываемой медицинской помощи населению, приоритетным направлением которой является профилактика заболеваний органов и систем организма [1, 2]. В связи с этим постоянно проводится непрерывный поиск эффективных методов организации стоматологической помощи населению [4, 5, 6, 8, 9].

У жителей промышленных районов Республики Саха (Якутия) отмечается высокий уровень распространенности стоматологических заболеваний (у 99,51% взрослого населения отмечается кариес зубов, у 82,87% – заболевания пародонта; у детей школьного возраста 98,76% и 88,89% соответственно), что характеризует неблагоприятную клинико-эпидемиологическую ситуацию [3, 7].

Следует отметить, что глобальные цели Всемирной организации здравоохранения в области стоматологического здоровья к 2020 году установили следующие показатели: свыше 80% 6-летних детей должны иметь интактные зубы, при этом среднее значение индекса КПУ временных зубов не должно превышать 2,0; у 12-летних детей средняя интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ не должна превышать 1,5, при этом компонент «К» (нелеченный кариес) должен быть ниже 0,5. Среднее количество здоровых секстантов пародонта не должно быть менее 5,5; у 15-летних подростков средняя величина индекса КПУ не должна превышать 2,3, при этом компонент «К» (кариес) должен быть менее 0,5. Не должно быть зубов, удаленных вследствие осложнений кариеса. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 5,0; у 18-летних не должно быть зубов, удаленных из-за кариеса и болезней пародонта. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 4,0; у 35-44-летних средняя величина индекса КПУ зубов должна быть не более 10, при

этом компонент «У» (удаленные зубы) должен составить не более 4. У 90% лиц этого возраста должно сохраниться 20 или более естественных функционирующих зубов, при этом число беззубых лиц не должно превысить 1%. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть более 2,0; в возрасте 65-74 года 90% населения должны иметь функционально полноценную окклюзию (естественную или восстановленную протезами), при этом число беззубых лиц не должно превысить 1%. Среднее количество секстантов с глубокими карманами не должно превышать 0,5 [1].

Цель исследования. На основании комплексного стоматологического исследования определить основные направления совершенствования медицинской помощи населению региона.

Материалы и методы исследования. Проведено клинико-эпидемиологическое исследование 1840 человек в возрасте от 3 до 93 лет, проживающих в Томпонском, Оймяконском, Нюрбинском и Анабарском улусах (районах) Республики Саха (Якутия). При этом в соответствии с классификацией ВОЗ были сформированы следующие ключевые возрастные группы: 3, 6, 12, 15, 35-44 и 65-74 года. Для обследования была использована специальная карта, рекомендованная ВОЗ (1997). Изучение кариеса зубов проводилось по показателям распространенности и интенсивности кариеса зубов. Интенсивность поражения определяли по индексам КПУ и кп, где учитывались все пломбированные, удаленные и пораженные кариесом зубы. При обследовании групп определяли среднеарифметическое значение КПУ и кп. Состояние тканей пародонта определяли на основании показателей коммунального пародонтального индекса CPI (1995). Показатели распространенности и интенсивности болезней пародонта оценивали по критериям, разработанным экспертами ВОЗ.

Статистическая обработка клинического материала проводилась с применением стандартных методов вариационной статистики с вычислением средней величины, среднеквадратической ошибки с помощью пакетов прикладных программ «Microsoft Excel» 2007 (Microsoft Corporation). Полученные результаты были сгруппированы по совокупности одинаковых признаков. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез составлял $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований выявлено, что у детей 3 лет показатель распространенности кариеса зубов составляет $37,21 \pm 0,63\%$, где в среднем у каждого ребенка определялись по $2,31 \pm 0,06$ кариозных и пломбированных зубов, а у детей 6 лет – $97,53 \pm 0,60\%$ и $3,43 \pm 0,22$ соответственно.

Следует отметить, что в возрастных группах школьников и взрослых отмечается высокий уровень распространенности кариеса зубов, который колеблется в пределах от $91,52 \pm 0,60$ до 100% , где средний уровень интенсивности составляет $13,44 \pm 0,19$. В возрастной группе детей 12 лет интенсивность поражения зубов кариесом был на уровне $5,45 \pm 0,23$, а в возрастной группе 35-44 года – $19,72 \pm 0,21$, которые интерпретируются как высокий и очень высокий уровни.

В структуре составляющих компонентов индекса КПУ и кп определялась вариабельность полученных результатов. Так, у 3-летних детей преобладают данные кариозных зубов, где показатель составлял $74,45 \pm 0,74\%$, в то время показатель пломбированных зубов в среднем составлял $25,55 \pm 0,75\%$. У детей школьного возраста также преобладает компонент «К» ($49,62 \pm 0,87\%$), а значения компонентов «П» и «У» соответственно находились на уровне $40,95 \pm 0,94\%$ и $9,43 \pm 0,98\%$. У взрослого населения 35-44 года также определяется высокий уровень показателя «К» ($45,63 \pm 0,86\%$), а данные компонентов пломбированных и удаленных зубов соответственно составляли $33,94 \pm 0,64\%$ и $20,43 \pm 0,75\%$. Тем временем в возрастной группе 65-74 года определяется значительное повышение удаленных зубов ($79,78 \pm 1,03\%$), где кариозные и пломбированные зубы составляли всего лишь $15,61 \pm 1,05\%$ и $4,61 \pm 0,93\%$. Такая ситуация у лиц данной возрастной группы связана с потерей зубов по поводу осложнений кариеса зубов и болезней пародонта. Основные источники питьевой воды промышленных районов характеризуются низким уровнем минерализованности ($353,95$ мг/л) и содержания фторидов ($0,27$ мг/л), что обуславливает высокий уровень распространенности заболеваний органов и тканей полости рта.

Основные источники питьевой воды промышленных районов характеризуются низким уровнем минерализованности ($353,95$ мг/л) и содержания фторидов ($0,27$ мг/л), что обуславливает высокий уровень распространенности заболеваний органов и тканей полости рта.

Среднестатистический уровень распространенности патологических процессов тканей пародонта у обследованных возрастных групп населения составлял $82,87 \pm 0,30\%$. В возрастной группе 65 и старше отмечается снижение уровня распространенности, что связано с закономерными процессами, связанными с потерей зубов. Тем временем у 15-летних подростков частота данных «Кровоточивость десен» ($40,17 \pm 0,85$) и «Над- и поддесневой камень» ($50,73 \pm 0,68$) характеризуется как средний уровень. В данных интенсивности поражения тканей пародонта с возрастом определяется повышение частоты неучтенных секстантов и патологического пародонтального кармана, что свидетельствует о тяжести течения болезней пародонта, в основном, воспалительно-деструктивного характера. При этом у 15-летних подростков в данных интенсивности поражения тканей пародонта компоненты «Кровоточивость десен» ($2,30 \pm 0,04$) и «Над- и поддесневой камень» ($2,85 \pm 0,03$), которые интерпретируются как высокие уровни.

Данная клиническая ситуация по заболеваемости характеризует высокий уровень распространенности патологических процессов органов и тканей полости рта, а также недостаточный уровень оказания и высокий уровень потребности в стоматологической помощи.

Стоматологическую помощь населению Анабарского, Нюрбинского, Оймяконского и Томпонского районов (43 836 чел.) оказывают:

- 1 стоматологическая поликлиника;
- 1 стоматологическое отделение в составе государственных учреждений здравоохранения в муниципальных образованиях и 9 стоматологических кабинетов, из них 1 не функционирует из-за отсутствия специалистов и 2 работают в период выезда врачей-стоматологов.

Кроме того, в оказании стоматологической помощи участвует 1 частная организация стоматологического профиля.

В образовательных школах из 4 стоматологических кабинетов ни один не функционирует (отсутствуют лицензии), как правило, ввиду дефицита кадров.

Укомплектованность врачами-специалистами стоматологического профиля, по данным 2014 года, составила $62,02\%$. Наибольший дефицит специалистов-стоматологов отмечается в Анабарском (38%) и

Томпонском районах (60%). При этом наибольший показатель укомплектованности кадрами определяется в Нюрбинском районе, где показатель составляет 100%. В целом в указанных районах работают 10 врачей-стоматологов, из них, врачи-стоматологи общей практики – 7, детский стоматолог – 1, стоматолог-терапевт – 1, ортопед стоматолог – 1 и 3 зубных техника, а также 7 зубных врачей.

В рамках реализации целевых программ в сфере здравоохранения за последний период были приобретены 3 стоматологические установки. При этом у 70% оборудования изношенность составляет 100%. Количество цифровых (компьютерных) дентальных рентгеновских аппаратов составляет два оборудования.

Несмотря на недостаточный уровень укомплектованности лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля промышленных районов врачебными кадрами отмечаются неплохие показатели удельного веса санированных от численности населения (19,36%) и от числа первичных посещений (32,56%), а также профилактической работы при среднем уровне охвата всего населения (28,88%). При этом структурное соотношение составляющих компонентов индекса КПУ свидетельствует о преобладании компонентов «К» (49,62%) и «У» (9,43%), которые характеризуют потребность населения в стоматологической помощи.

В республике существует институт кураторства учреждений здравоохранения с целью оказания организационно-методической помощи и проведения проверок организации и качества оказания стоматологической помощи населению.

С 2009 года проводится выездная работа совместно со специалистами ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» по оказанию стоматологической помощи населению и на базе факультета постдипломного образования врачей МИ проходят курсы повышения квалификации врачей-стоматологов (сертификационные циклы, первичная переподготовка). Профессорско-преподавательский состав оказывает методическую помощь врачам-стоматологам региона по выполнению аттестационных работ.

В городе Якутске организуются межрегиональные научно-практические конференции с привлечением ведущих ученых и специалистов России. Кроме того, общественная организация «Стоматологическая ассоциация г. Якутска Республики Саха (Якутия)» осуществляет организационно-методическую помощь лечебно-профилактическим учреждениям стоматологического профиля.

Заключение. В целом анализ полученных данных характеризует основные направления совершенствования стоматологической помощи населению обследованных районов, которые связаны с совершенствованием оказания стоматологической помощи, в том числе путем организации двухуровневой системы с единым подходом к маршрутизации пациентов, исполнением порядков и профессиональных стандартов, повышением уровня профилактики стоматологических заболеваний, улучшением материально-технического обеспечения ЛПУ, совершенствованием кадровой политики и подготовки кадров, внедрением современных и инновационных технологий, развитием науки, созданием единой базы данных детей с врожденными мальформациями челюстно-лицевой области и дисплазии соединительной ткани, а также дальнейшей информатизацией стоматологической службы.

Литература

1. Горбатова, Л.Н. Концепция организации стоматологической службы Архангельской области на период до 2020 года / Л.Н. Горбатова // cdn.dvina-news.ru/1ozms0aj/xd3b-01.doc. – Дата обращения: 12.05.2013.
2. Зырянов, Б.Н. Растворимость эмали в патогенезе кариеса зубов у детей Крайнего Севера Дальнего Востока / Б.Н. Зырянов // Институт стоматологии. – 2014. – №2. – С.82-83.
3. Семенов, А.Д. Стоматологический статус жителей промышленных районов Республики Саха (Якутия) / А.Д. Семенов, И.Д. Ушницкий, Р.И. Егоров // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера : сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 95-летию стоматологической службы Республики Саха (Якутия) / под ред. И.Д. Ушницкого. – Якутск : Издательский дом СВФУ, 2015. – С. 86-90.
4. Современные аспекты проблемы стоматологических заболеваний у детей с дисплазией соединительной ткани / И.Д. Ушницкий, Е.Ю. Никифорова, А.М. Аммосова и [и др.] // Якутский мед. журнал. – 2015. – №2. – Т.52. – С.85-91.

5. Ушницкий, И.Д. Клинико-физиологические аспекты состояния органов и тканей полости рта у населения Республики Саха (Якутия) : дис. ... д-ра мед. наук / И.Д. Ушницкий. – Архангельск, 2001. – 262 с.

6. Ушницкий, И.Д. Стоматологические заболевания и их профилактики у жителей Севера / И.Д. Ушницкий, В.П. Зеновский, Т.В. Вилова. – Москва : Наука, 2008. – 172 с.

7. Ушницкий, И.Д. Совершенствование организации стоматологической помощи в промышленных районах Республики Саха (Якутия) / И.Д. Ушницкий, А.Д. Семенов, Е.Ю. Никифорова [и др.] // Актуальные вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : материалы Краевой научно-практической конференции стоматологов и челюстно-лицевых хирургов / Под редакцией профессора И.С. Пинелис – Чита : РИЦ ЧГМА, 2016. – С.116-123.

8. Darcey, J. Primary dental care periodontology / J. Darcey, A. Qualtrough // British Dental Journal. – 2013. – Vol. 214. – P. 439-451.

9. Periodontal diseases and type I diabetes mellitus in children and adolescents / M. Pinson, W.H. Hoffman, J.J. Garnick [et al.] // J. of Clinical Periodontology. – 1995. – Vol.22. – P.23-28.

* * *

УДК 616.311.2 (571.56-25)

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ЖИТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯКУТИИ

Ушницкий И.Д., Иванов А.В., Иванова О.В., Сивцев М.Е.
ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», Якутск (Россия)
E-mail:andrian_ivanov@mail.ru

Аннотация. Проведен анализ распространенности и интенсивности заболеваний пародонта у взрослого населения Центральной Якутии. При этом выявлен высокий уровень распространенности болезней пародонта, которые наиболее часто выявляются в виде воспалительно-деструктивных патологических процессов, которые претерпевают количественные и качественные изменения с возрастом. Такая ситуация определяет потребность населения в пародонтологической помощи и диктует необходимость дальнейшего совершенствования лечебно-профилактической помощи, диспансеризации больных с патологией пародонта в регионе.

Ключевые слова: болезни пародонта, стоматологическая помощь, диспансеризация.

FREQUENCY AND STRUCTURE OF PARODONTIUM DISEASES AMONG INHABITANTS OF THE CENTRAL YAKUTIA

Ushnitsky I.D., Ivanov A.V., Ivanova O. V., Sivtsev M.E.
North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov, Yakutsk (Russia)
E-mail:andrian_ivanov@mail.ru

Abstract. The analysis of prevalence and intensity of parodontium diseases among adult population of the Central Yakutia has been carried out. At the same time the high level of prevalence of parodontium diseases which are most often presented in the form of inflammatory and destructive pathological processes which undergo quantitative and high-quality changes with age has been revealed. Such situation defines need of the population for the periodontal help and dictates need of further improvement of the treatment-and-prophylactic help, medical examination of patients with pathology of parodontium in the region.

Keywords: diseases of parodontium, dental help, medical examination.

Актуальность. В настоящее время широко изучаются проблемы воспалительно-деструктивных процессов тканей пародонта, что связано с высоким уровнем их распространенности среди населения [1, 2, 3, 6]. Одной из основных причин потери зубов в настоящее время являются болезни пародонта, которые часто способствуют развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также нарушению функций зубочелюстной системы [4, 5, 7]. Известно, что совершенствование пародонтологической помощи населению базируется на знаниях клиники-эпидемиологических особенностей болезней пародонта [1]. В связи с этим исследования, направленные на решение данных проблем, являются актуальными.

Цель исследования. На основании клинико-эпидемиологического исследования определить частоту и структуру болезней пародонта у населения.

Материалы и методы исследования. Проводилось комплексное стоматологическое исследование 223 человек в возрасте от 18 до 59 лет. При этом были сформированы следующие возрастные группы: 18-29 лет – 107 человек, 30-39 лет – 84, 40-59 лет – 32. Исследование

проводилось на базе стоматологического отделения клиники «Центромед» (г. Якутск). Для выполнения работы применялась карта для оценки стоматологического статуса, рекомендованная ВОЗ (1997). При проведении исследования пациентов, имеющих воспалительный процесс краевой десны, интенсивность определяли по индексу РМА. Оценка состояния тканей пародонта проводилась на основании показателей коммунального пародонтального индекса CPI (1995). Помимо этого, использовался ИГР-У для определения уровня гигиены полости рта.

Статистическая обработка проводилась с применением стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Проведенный анализ болезней пародонта у обследованных возрастных групп свидетельствует о наличии некоторых особенностей. Так, наиболее среднестатистический показатель распространенности патологических процессов тканей пародонта воспалительно-деструктивного характера составляет $91,03 \pm 0,11\%$, где показатель пародонтита был на уровне $61,43 \pm 0,46\%$, а данные гингивита – $29,60 \pm 0,84\%$. Частота патологических процессов обменно-дистрофического характера была на уровне цифровых значений $8,96 \pm 1,09\%$. При этом всего лишь у двоих обследованных выявлялся интактный пародонт. Данные показатели свидетельствуют о высоком уровне распространенности болезней пародонта среди населения Центральной Якутии.

Необходимо подчеркнуть, что наиболее часто выявлялась генерализованная форма пародонтита, показатель составлял $63,63 \pm 0,95\%$, а локализованная форма соответственно в $36,37 \pm 1,66\%$ случаев, часто у лиц в возрасте от 18 до 29 лет. При этом у обследованных выявлялся пародонтит тяжелой степени в $10,54 \pm 2,33\%$, тогда как средней и легкой степени соответственно находились на уровне $50,06 \pm 1,30\%$ и $39,40 \pm 1,58\%$. А у лиц с воспалительным процессом краевой десны в основном преобладала катаральная форма гингивита. Кроме того, изменения тканей пародонта обменно-дистрофического характера часто выявлялись у лиц старшей возрастной группы.

Полученные результаты интенсивности поражения позволяют утверждать, что в молодом возрасте наиболее часто встречается патология тканей пародонта легкой степени тяжести, реже средней, еще

реже тяжелой степени. С возрастом часто определяются выраженные воспалительно-деструктивные процессы и реже пародонтоз. При этом среднее число количества неучтенных секстантов и секстантов с пародонтальным карманом с возрастом увеличивается на $1,23 \pm 0,07$ и $2,44 \pm 0,05$ раза, причем с достоверной разницей ($P < 0,05$).

Заключение. Полученные данные характеризуют о высоком уровне распространенности болезней пародонта у жителей Центральной Якутии, в основном выявляются патологические процессы воспалительно-деструктивного характера. Данные факты, с другой стороны, определяют потребность населения в пародонтологической помощи. Это диктует необходимость дальнейшего совершенствования лечебно-профилактической помощи, диспансеризации больных с патологией пародонта в регионе.

Литература

1. Алимский, А.В. Геронтостоматология (Эпидемиологические, социальные и организационные аспекты) / А.В. Алимский. – Москва, 2012. – 374 с.
2. Безрукова А.П. Пародонтология / А.П. Безрукова. – Москва : ЗАО «Стоматологический научный центр», 1999. – 336 с.
3. Данилов, А.С. Половые различия концентраций в сыворотке крови маркеров дисфункции эндотелия у пациентов с пародонтитом / В.Ю. Широков, А.Н. Иванов, А.С. Данилов // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – №10-5. – Т.17. – С.15-17.
4. Дмитриева, Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии / Л.А. Дмитриева. – Москва : МЕДпресс, 2001. – 128 с.
5. Силин, А.В. Особенности морфологических изменений пародонта у пациентов с ишемической болезнью сердца / А.В. Силин, А.Ф. Елисеева // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. – 2014. – Т 6. – №1. – С. 55-58.
6. Ушницкий, И.Д. Стоматологические заболевания и их профилактика у жителей Севера / И.Д. Ушницкий, В.П. Зеновский, Т.В. Вилова. – Москва : Наука, 2008. – 172 с.
7. Domanova, E.T. Autoimmune regulation of pathogenesis of chronic gingivitis and periodontal disease / E.T. Domanova, V.V. Zobnin, S.N. Solovyov // The Way of Science International scientific journal. – 2014. – Vol. II, № 9. – P. 104-106.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН г. ЯКУТСКА

Ушницкий И.Д., Михайлова Р.И., Варламов П.Г.
ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М. К. Аммосова», г. Якутск (Россия)
E-mail: incadim@mail.ru

Аннотация. В результате клинико-эпидемиологических исследований определены высокие показатели заболеваемости и нуждаемости в стоматологической помощи. Оценка и анализ беременных женщин выявил недостаточный уровень оказания стоматологической помощи.

Ключевые слова: индекс КПУ. Основные стоматологические заболевания. Стоматологический статус. Беременность. Профилактика.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CARIES IN PREGNANT WOMEN OF YAKUTSK

Ushnitsky I.D., Mikhailova R.I., Varlamov P.G.
North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov,
Yakutsk (Russia)
E-mail: incadim@mail.ru

Abstract. The high rates of morbidity and need for dental care among population of Yakutia have been identified as a result of clinical-epidemiological studies. Assessment and analysis of pregnant women have revealed the insufficient level of the dental help.

Keywords: DMF index, main dental diseases, dental status, pregnancy, prevention.

Актуальность. Процесс формирования зубочелюстной системы плода при беременности зависит от многих факторов внешней и внутренней среды. В связи с этим антенатальная профилактика стоматологических заболеваний направлена на нормальное физиологическое развитие ребенка и повышение резистентности его организма [1, 2, 4]. Совершенствование стоматологической помощи населению всегда базируется на

знаниях клинико-эпидемиологических особенностей различных патологических процессов [3, 5]. В связи с этим исследования, направленные на изучение особенностей заболеваемости, являются актуальными.

Цель исследования. На основании комплексного исследования определить распространенность стоматологических заболеваний и уровень санитарной культуры беременных женщин.

Материалы и методы исследования. Исследования беременных женщин проводились на базе женской консультации и стоматологического кабинета ГБУ РС (Я) «Поликлиника №1» г. Якутска. Всего было обследовано 100 женщин в возрасте от 17 до 44 лет. Участие в исследовании было добровольным. Все беременные были разделены на пять возрастных групп: до 19 лет (n=18), 20-24 года (n=18), 25-29 лет (n=25), 30-34 года (n=23), 35 и старше (n=16). В зависимости от срока беременности обследованные были подразделены на три группы: первый триместр, до 14 недель (n=33), второй триместр, 15-26 недель (n=35), третий триместр, 27-40 недель (n=32).

Осмотр беременных женщин проводился с использованием стандартного набора стоматологических инструментов и окрашивающих таблеток (эритрозин). В ходе исследования были использованы наиболее информативные и наименее трудоемкие по определению: индекс КПУ, упрощенный индекс гигиены (ИГР-У). Кроме того, проводилось социологическое исследование беременных женщин. Анкета разработана и утверждена на кафедре ТХОС и СДВ МИ СВФУ.

Результаты и обсуждение. В результате обследования выявлено, что распространенности кариеса зубов у беременных женщин во всех возрастных группах характеризуется как высокий и колеблется в пределах от $94,54 \pm 1,80\%$ (до 19 лет) до 100% в остальных возрастных группах.

У обследованных женщин индекс КПУ показал, что у 9% беременных интенсивность составляла 2, у $15,21 \pm 0,30\%$ она находилась на уровне 5, у $52,05 \pm 1,03\%$ – 12 и $24,07 \pm 0,47\%$ – 14. Среднее значение КПУ у возрастных групп составляет $9,48 \pm 0,25$, что свидетельствует о достаточно высоком уровне. При этом самый высокий уровень отмечался у беременных в возрасте 35 лет и более, где данные находились в пределах цифровых значений $14,37 \pm 1,28$, что характеризует о повышении уровня интенсивности с возрастом.

Анализ полученных данных по ИГР-У свидетельствует о том, что удовлетворительное состояние гигиены полости рта имеют всего лишь $42,23 \pm 0,11\%$ обследованных женщин. Тем временем у $30,72 \pm 0,83\%$ было установлено плохое гигиеническое состояние полости рта. И всего лишь у $27,05 \pm 1,45\%$ хорошая гигиена полости рта. Известно, что основным методом первичной профилактики стоматологических заболеваний является гигиена полости рта. При этом регулярный гигиенический уход за полостью рта оказывает влияние на снижение распространенности и интенсивности кариеса зубов.

Проведенное социологическое исследование выявило наличие некоторых особенностей. Так, $45,73 \pm 0,91\%$ из опрошенных беременных посещают врача-стоматолога только при возникновении боли, а $30,54 \pm 0,60\%$ – 1 раз в год и $23,73 \pm 0,47\%$ – 2 раза в год. При этом только $57,33 \pm 1,14\%$ чистят зубы 2 раза в день, остальные $42,66 \pm 0,84\%$ – 1 раз в день. Но в то же время дополнительными средствами ухода за полостью рта пользуются $61,43 \pm 1,22\%$ опрошенных, из них зубными нитями – $14,06 \pm 0,28\%$, зубочистками – $38,14 \pm 0,75\%$, ополаскивателями – $9,23 \pm 0,18\%$, а $38,57 \pm 0,75\%$ – не пользуются никакими интердентальными предметами и средствами гигиены.

При проведении анализа обследованных по качеству чистки зубов установлено, что только $26,15 \pm 0,52\%$ опрошенных чистят зубы правильно, а $73,85 \pm 1,47\%$ без соблюдения правил чистки зубов. Кроме того, выявлено, что $40,92 \pm 0,79\%$ правильно хранят зубную щетку, остальные $59,08 \pm 1,19\%$ хранят в негигиенических условиях. Информацию о гигиене полости рта $47,58 \pm 0,94\%$ респондентов узнали из рекламы. В то время лишь $26,41 \pm 0,52\%$ узнали о правилах чистки зубов от врача-стоматолога.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высоком уровне распространенности кариеса зубов и потребности в стоматологической помощи, низком уровне санитарной культуры обследованных беременных женщин, проживающих в г. Якутске, что диктует необходимость разработки и внедрения комплексной программы совершенствования оказания медицинской помощи, профилактики патологических процессов органов и тканей полости рта у населения региона.

Литература

1. Бахмудов, Б. Р. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин / Б.Р. Бахмудов // *Стоматология*. – 2011. – №3. – С.12-14.
2. Масюков, С. Ю. Особенности течения кариеса у беременных женщин и кормящих матерей в Ростовской области / С.Ю. Масюков, В.А. Проходная, Н.В. Новсядлая. – *Российский стоматологический журнал*. – 2014. – №1. – С.46-48.
3. Организация стоматологической помощи населению : уч. пособие / Н.Х. Шарафутдинова, Р.Т. Буляков, Э.Ф.Киреева [и др.]. – Уфа, 2011. – 55 с.
4. Толмачева, С.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика / С.М. Толмачева, Л.М. Лукиных. – Москва : ООО «ПЦК Альтекс», 2005. – 152 с.
5. Dental status of pregnant women attending a Brisbane maternity hospital / J.D. Jago, P.J. Cahpman, J.F. Aitken [et al.] // *Community Dent Oral Epidemiol*. – 2013. – Vol.12. – №6. – P.398-401.

* * *

УДК 616.31-002(571.56)

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКОВ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Ушницкий И.Д. *, Долинская Э.А. **, Соловьева С.Ф. **,
Слепцова М.Н. **, Петрова С.П. **, Артемьева М.Ю. **

**ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*

***Медико-санитарная часть МВД России по Республике Саха (Якутия),
г. Якутск (Россия)*

Аннотация. Проведенное комплексное клинико-эпидемиологическое обследование личного состава свидетельствует о неблагоприятной ситуации, связанной с высоким уровнем распространенности патологических процессов твердых тканей зубов деминерализующего и тканей пародонта воспалительно-деструктивного и обменно-дистрофического характера. При этом определяется высокий уровень их потребности в стоматологической

помощи. Данная ситуация диктует необходимость разработки и внедрения комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний и совершенствования оказания медицинской помощи сотрудникам МВД региона с учётом специфических региональных условий проживания.

Ключевые слова: кариес зубов, заболевания пародонта, потребность в стоматологической помощи.

THE CHARACTERISTIC OF MAIN DENTAL DISEASES AND NEED FOR MEDICAL CARE OF POLICE OFFICERS OF RUSSIA IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)

Ushnitskiy I.D.* , Dolinskaya E.A.** , Solovieva S.F.** ,
Sleptsova M.N.** , Petrova S.P.** , Artemieva M.Yu.**

**North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov,
Yakutsk (Russia)*

***Industrial Hospital of the Republic of Sakha (Yakutia) Department
of RF Interior Ministry, Yakutsk (Russia)*

Abstract. The conducted complex clinical-epidemiological staff examination shows the adverse situation, connected with the high level of prevalence of pathological processes of demineralizing character of dental tissues and inflammatory-destructive and metabolic-dystrophic character of parodontium tissues. Thus, the high level of dentistry demand was defined. This situation necessitates the elaboration and implementation of integrative program of preventive measures of dental diseases and the development of health care delivery to Region Interior Ministry members taking into account peculiar regional requirements for residential occupancies and spaces.

Keywords: dental caries, periodontology, demand for dentistry.

Введение. В настоящее время распространенность стоматологических заболеваний среди населения характеризуется как высокий уровень, что является актуальной проблемой стоматологии, но и медицины в целом [1, 2, 3, 8]. Это связано с тем, что потеря зубов по поводу осложнений кариеса и болезней пародонта создают предпосылки развития функциональных нарушений зубочелюстной системы и желудочно-кишечного тракта и т.д. [4, 5, 6, 7].

Совершенствование медицинской помощи населению всегда базируется на знаниях клинико-эпидемиологических данных. В связи с этим исследования, направленные на изучение частоты и структуры заболеваемости, являются актуальными в клинической стоматологии, тем более подобные исследования в условиях Якутии ранее не проводились.

Цель исследования. На основании комплексного клинико-эпидемиологического исследования сотрудников органов внутренних дел Якутии определить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное стоматологическое обследование сотрудников МВД РФ по Республике Саха (Якутия) на базе МСЧ МВД России по Республике Саха (Якутия). Всего было обследовано 238 человек в возрасте от 20 до 58 лет. При этом в соответствии с классификацией ВОЗ была сформирована ключевая возрастная группа 35-44 года. Для обследования была использована стандартная карта, рекомендованная ВОЗ (1997). Изучение поражаемости твердых тканей зубов кариесом проводилось по показателям распространенности и интенсивности кариеса зубов. Интенсивность поражения определяли по индексу КПУ, где учитывались все пломбированные, удаленные и пораженные кариесом зубы. При обследовании группы определяли среднеарифметическое групповое значение КПУ. Оценка стоматологического статуса проводилась с использованием стандартных индексов и критериев ВОЗ. Распространенность и тяжесть заболеваемости тканей пародонта определяли на основании показателей коммунального пародонтального индекса CPI (1995). Определение гигиенического состояния полости рта проводилось с использованием индекса гигиены по методу Greene, Vermillion (1964).

Статистическая обработка клинического материала проводилась с применением стандартных методов вариационной статистики с вычислением средней величины, среднеквадратической ошибки с помощью пакетов прикладных программ «Microsoft Excel» 2007 (Microsoft Corporation). Полученные результаты были сгруппированы по совокупности одинаковых признаков. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Проведенный анализ данных клинико-эпидемиологического исследования свидетельствует о высоком уровне частоты патологических процессов твердых тканей зубов деминерализующего характера у обследованных возрастных групп. Так, распространенность кариеса зубов составляет $97,91 \pm 0,02\%$, при среднестатистическом показателе индекса КПУ – $7,72 \pm 1,81$. В ключевой возрастной группе 35-44 года интенсивность поражения зубов кариесом составляет $8,33 \pm 0,35$, что интерпретируется как средний уровень. Оценка структуры составляющих компонентов данного индекса характеризует наличие определенных особенностей. Наибольший удельный вес занимает компонент «удаленные зубы», который составляет $62,71 \pm 0,42\%$, тогда как данные пломбированных и кариозных зубов соответственно находились в пределах цифровых значений $27,18 \pm 0,83$ и $10,11 \pm 1,03\%$. Такая ситуация в структуре кариозных, пломбированных и удаленных зубов определяет потребность сотрудников МВД региона Якутия в стоматологической помощи.

Оценка данных патологических процессов тканей пародонта воспалительно-деструктивного и обменно-дистрофического характера у обследованных сотрудников выявила некоторую вариабельность. В обследованных возрастных группах средний показатель распространенности заболеваний пародонта составлял $90,26 \pm 0,44\%$. При этом в структурных компонентах индекса CPI с возрастом прослеживается изменение характера, что связано с более выраженным течением болезней пародонта. Так, значение компонента «патологический пародонтальный карман» претерпевает более выраженное увеличение и доходит уровня $59,63 \pm 1,36\%$. Относительно интенсивности поражения тканей пародонта патологическими процессами можно утверждать следующее: в молодом возрасте наиболее часто встречается патология тканей пародонта легкой степени, реже – средней, еще реже – тяжелой степени, а в старших возрастных группах наиболее часто встречаются выраженные воспалительно-деструктивные процессы и реже – изменения, связанные с обменно-дистрофическим процессом. Данная ситуация выражается значительным снижением секстантов с показателем «кровоточивость» в 5,87 раза, а также с неуклонным динамическим ростом показателя «неучтенные секстанты», который доходит до уровня $1,26 \pm 0,11$ ($P < 0,05$).

Следует отметить, что значение показателей индекса Грина-Вермиллиона характеризует определенные особенности. Так, данные значения показателей зубного налета или зубного камня колебались в пределах от $1,55 \pm 0,02$ до $1,82 \pm 0,01$ и от $1,18 \pm 0,03$ до $1,63 \pm 0,01$ соответственно. Несмотря на это полученные значения интерпретируются как удовлетворительные. Тем временем значение ОНІ-S индекса соответствует удовлетворительному уровню гигиенического состояния полости рта у обследованных сотрудников ($2,93 \pm 0,01$).

Заключение. Полученные результаты клинико-эпидемиологического исследования свидетельствуют о высоком уровне распространенности кариеса зубов и заболеваний пародонта у сотрудников ОВД, а также их потребности в стоматологической помощи. Это диктует необходимость разработки и внедрения комплексной программы профилактики патологических процессов органов и тканей полости рта, а также совершенствования стоматологической помощи среди личного состава.

Литература

1. Боровский, Е.В. Терапевтическая стоматология : уч. для студентов мед. вузов / Е.В. Боровский. – Москва : АО «Стоматология», 2006. – 840 с.
2. Леонтьев, В.К. Школьная стоматология. Детская терапевтическая стоматология : национальное руководство / В.К. Леонтьев, Л.П. Кисельникова, Е.Е. Маслак. – Москва, 2010. – С.87-102.
3. Леонова, Л.Е. Стоматологический статус у детей с поллинозом / Л.Е. Леонова, Л.В. Омарова, Г.А. Павлова // Материалы XXVII и XXVIII всероссийских научно-практических конференций. – Москва, 2012. – С.58-59.
4. Лукиных, Л.М. Лечение и профилактика кариеса зубов / Л.М. Лукиных. – Н.Новгород, 1998. – С.18-22.
5. Антонова, А.А. Кариес зубов у детей в условиях микроэлементозов Хабаровского края: патогенез, профилактика : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Антонова. – Омск, 2006. – 38 с.
6. Максимовский, Ю.М. Выбор метода лечения фиссурного кариеса / Ю. Максимовский, Т.Ульянова, Н. Заболотская // Кафедра. Стоматологическое образование. – 2006. – №2. – С.20-25.
7. Шестаков, В.Т. Управление качеством организации и оказания стоматологической помощи / В.Т. Шестаков // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2012. – №1. – 36. – С.22-26.

8. Cunha-Cruz, J. Salivary characteristics and dental caries: evidence from general dental practices / J. Cunha-Cruz, J. Scott, M. Rothen [et al.] // Journal American Dental. – 2013. – Vol.144. – №5. – P.531-540.

* * *

УДК 616.314.17-008.1

НОВАЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПАРОДОНТИТА

Атрушкевич В.Г.*, Школьная К.Д.*, Берченко Г.Н.**

* ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени Евдокимова», г. Москва (Россия)

** ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова», г. Москва (Россия)

E-mail: dim44@bk.ru

Аннотация. Экспериментальные модели пародонтита на животных широко используются в изучении патогенеза пародонтита и оценки эффективности новых препаратов для лечения этой патологии. Поэтому создание экспериментальной модели пародонтита, сходной по проявлениям с аналогичными проявлениями в пародонте у человека, является актуальной задачей.

Ключевые слова: пародонтит, экспериментальная модель, иммунно-воспалительный ответ.

NEW EXPERIMENTAL MODEL OF PERIODONTITIS

Atrushkevitch V.G.*, Shkolnaya K.D.*, Berchenko G.N.**

*Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow (Russia)

** Pathological-Anatomical Department of the Central scientific research Institute of traumatology and orthopedics. N. N. Priorov, Moscow (Russia)

E-mail: dim44@bk.ru

Abstract. Experimental models of periodontitis on animals are widely used in studying pathogenesis and trails of new drugs for treatment of periodontal pathology. That's why creation of experimental periodontitis model, most similar to humans is a burning issue.

Keywords: periodontitis, experimental models, immune-inflammatory response.

Введение. Для моделирования пародонтита среди лабораторных животных наиболее часто используются различные виды животных (крысы, кролики, свиньи, собаки и приматы), каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки [1]. Несмотря на различные данные, полученные в экспериментальных моделях на животных, достаточно сложно оценить, насколько полученные результаты идентичны патологическим процессам у человека. Кроме того, развитие пародонтита у человека зависит не только от устойчивости к микроорганизмам, но также от интенсивности иммуновоспалительного ответа [2, 3, 4, 5].

На сегодняшний день не разработана модель пародонтита, в которой сочетались бы все факторы, участвующие в патогенезе данной патологии, которая отличалась бы простотой воспроизведения, позволяла исследовать отдельные этапы заболевания и была бы относительно проста, легко воспроизводима. Попытка разработки подобной модели была предпринята в рамках нашего исследования.

Цель исследования – поиск оптимальной модели пародонтита на лабораторных животных (крысах), отвечающей современным представлениям о развитии данной патологии.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ЦИТО им. Приорова г. Москвы на самцах крыс линии «Wistar» весом $396 \pm 0,2$ г. Животные содержались в соответствии с требованиями ГОСТ Р от 02.12.2009 53434-2009 «Принципы надлежащей лабораторной практики (GLP)».

После выведения животных из эксперимента изготавливались препараты из образцов челюстных костей животных для гистологического исследования с целью оценки процессов, происходящих в костной ткани при моделировании пародонтита. Для изготовления гистологических препаратов образцы костной ткани фиксировали в 10% формалине на 5-7 суток, затем последовательно обезжировали в этаноле (70%, 80%, 90%, 100%), оставляя на сутки в каждой концентрации, и обезжирили в течение суток в ксилоле («Merck», Darmstadt, Germany). Затем образцы инфильтрировали полиметилметакрилатом («Merck», Darmstadt, Germany), заключали в него и проводили полимеризацию. Изготавливали срезы толщиной 500 мкм с помощью низкоскоростной поворотной алмазной пилы «Microslice TM» («Metals Research», Cambridge, UK).

Полученные гистологические препараты последовательно окрашивали азуром II и парарозанилином («Merck», Darmstadt, Germany). Пре-

параты костной ткани исследовали с помощью микроскопа «Axio Imager M1», снабженного цифровой камерой «Axio Cam HRC» (Carl Zeiss, Göttingen, Germany) и на аппаратном микроскопическом комплексе на основе микроскопа «Leica DM1500».

Описание модели. Под внутримышечным наркозом «Zoletil 50» 0,1 мг на животное 25 самцам крыс породы «Wistar» между молярами верхней челюсти фиксировали лигатуру, животные питались мягким кормом. До фиксации лигатуры крысам вводили преднизолон на 1-е, 3-е и 5-е сутки в дозировке 12 мг/кг веса животного, затем фиксировали лигатуру для ускорения образования биоуплотнения и развития воспаления в тканях пародонта.

Препаратом выбора стал преднизолон, поскольку, являясь глюкокортикоидом, обладает иммунодепрессивным действием, активно подавляя фагоцитоз (Т-клеточный иммунитет), что ведет к снижению активности макрофагов и лимфоцитов, способствуя тем самым развитию бактериальной инфекции и усугублению воспалительного процесса. Кроме того, он угнетает образование костной ткани и усиливает ее резорбцию, снижая концентрацию кальция в сыворотке крови, что приводит к вторичной гиперфункции паращитовидных желез и временной стимуляции остеокластов и ингибированию остеобластов.

25 самцов крыс породы «Wistar» были разделены на пять групп в каждой группе по 5 животных (рис. 1).



Рис. 1. Моделирование пародонтита на крысах (схема эксперимента)

В первой (контрольной) группе животные содержались в стандартных условиях с привычным рационом питания. Животным второй группы между молярами верхней челюсти фиксировали лигатуру по описанной ранее методике с соблюдением диеты. Третьей группе животных трехкратно вводили преднизолон в/м в бедро через каждые 2 суток в дозе 4,8 мг на животное, без фиксации лигатуры на зубах. Животные соблюдали обычный рацион питания. В четвертой группе крысам однократно вводили преднизолон в/м в бедро в дозе 4,8 мг на животное и в день введения препарата фиксировали лигатуру по описанной ранее методике. Крысы так же питались мягким кормом. Животным пятой группы трехкратно вводили преднизолон в/м в бедро через каждые 2 суток в дозе 4,8 мг на животное. На 4-е сутки после введения третьей дозы крысам фиксировали лигатуру по вышеизложенной методике и назначали диету (мягкий корм).

Результаты фиксировали на 3, 7 и 14 сутки, оценивая цвет слизистой оболочки, наличие/отсутствие кровоточивости десны, глубину пародонтальных карманов, наличие/отсутствие экссудации и подвижность зубов.

Результаты исследования. В результате исследования при осмотре животных на 3-е сутки эксперимента в III группе кровоточивость десны отсутствовала (рис. 2, D), в группах II и IV (рис. 2, A и B) проявлялась через 30 секунд, а в группе V через 15 секунд (рис. 2, C). При этом у всех групп животных глубина десневой бороздки составляла 0,3 мм, что свидетельствует об отсутствии патологических изменений в тканях пародонта.

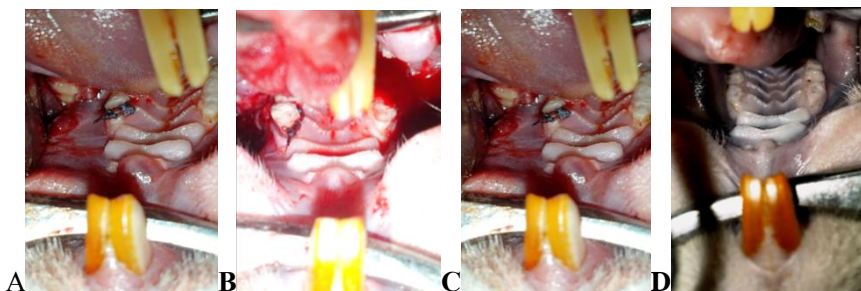


Рис. 2. Состояние слизистой оболочки в области фиксации лигатуры у животных II группы (A), IV группы (B), V группы (C) и III группы (D) на 3-е сутки

На 7-е сутки у крыс II группы десна в месте фиксации лигатуры гиперемирована, отечна, кровоточит менее чем через 30 секунд после зондирования, глубина десневой борозды составила 0,3 мм, подвижность зубов отсутствует (рис. 3, А). В IV и V группах у животных слизистая гиперемирована, отечна, кровоточит сразу после зондирования. Глубина десневой бороздки в IV группе увеличилась до 0,5 мм, а в V группе до 1 мм с появлением подвижности зубов I степени (рис. 3, В и С). В III группе клинических изменений не выявлено.

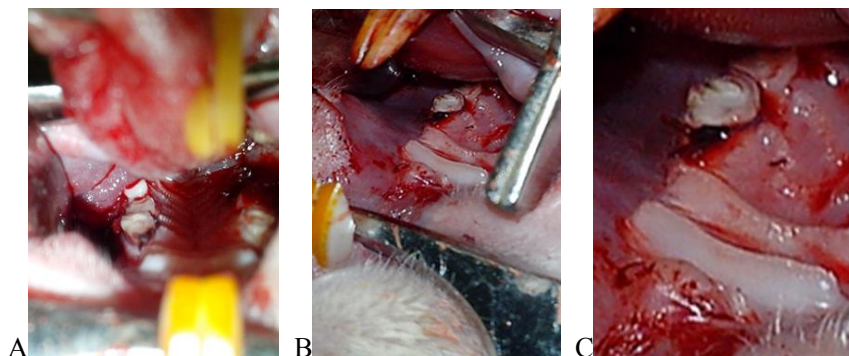


Рис. 3. Состояние слизистой оболочки в области фиксации лигатуры у животных II группы (А), IV группы (В), V группы (С) на 7-е сутки

На 14-е сутки у животных II, IV, V групп десна гиперемирована, отечна, легко кровоточит при зондировании, в группе V определяется гнойное отделяемое и наличие пародонтального кармана глубиной 1,5 мм, подвижность зубов II степени, глубина зондирования десневой бороздки увеличилась до 0,4 мм без признаков подвижности зубов (рис. 4, А, В, С). В IV группе глубина зондирования пародонтального кармана составила 1,2 мм, подвижность зубов I степени. У крыс в III группе на 14-е сутки десна бледно розового цвета, при зондировании не кровоточит, подвижность зубов отсутствует.

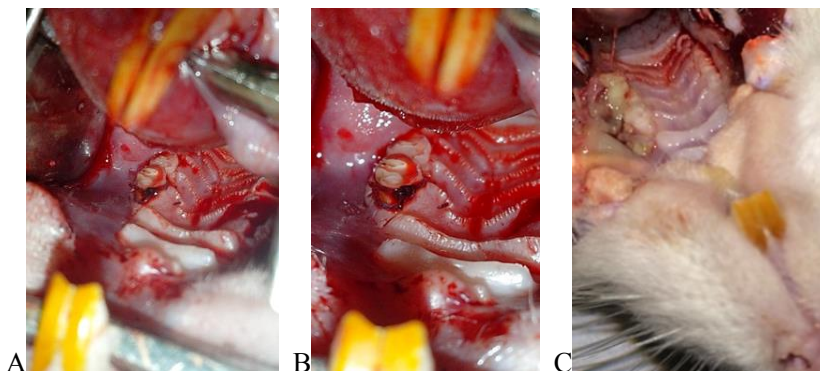


Рис. 4. Состояние слизистой оболочки в области фиксации лигатуры у животных II группы (А), IV группы (В), V группы (С) на 14-е сутки

При гистологическом исследовании во II группе животных в мягких тканях десны определяются признаки умеренно выраженного хронического воспалительного процесса. В собственной пластинке слизистой оболочки отмечается увеличение клеточности за счет инфильтрации гистиоцитами, определяются лимфоциты, отдельные плазматические клетки, нейтрофильные лейкоциты и эозинофилы. Периодонтальная щель незначительно расширена (рис. 5). По сравнению с I группой животных отмечаются признаки резорбции альвеолярной не только со стороны периодонтальной связки, но и со стороны внутрикостных канальцев (рис 6).

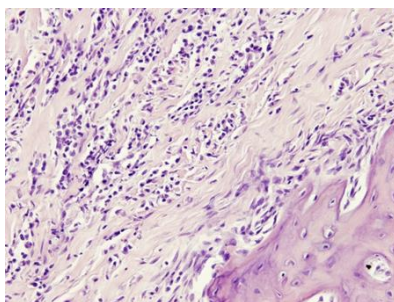


Рис. 5. Хронический воспалительный процесс в собственной пластинке слизистой оболочки десны у животных во II группе животных.

Среди грубых пучков коллагеновых волокон видны многочисленные гистиоциты с примесью лимфоцитов. Окраска гематоксилином и эозином, х 400

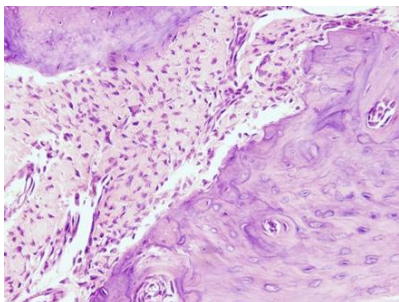


Рис. 6. Незначительное расширение периодонтальной щели, слабо выраженная резорбция альвеолярной кости со стороны периодонтальной связки, увеличение числа сосудов в последней. Окраска гематоксилином и эозином, х 400

В III группе животных по сравнению с I отмечается усиление воспалительной реакции, особенно в мягких тканях десны. Также отмечается разрушение коллагеновой стромы собственной пластинки слизистой оболочки, увеличение числа сосудов, гистиоцитов, локальное скопление лимфоцитов и плазматических клеток. В области периодонтальной связки наблюдается скопление гистиоцитов и нарушение ориентации пучков коллагеновых волокон. Также определяются отдельные очаги клеточной резорбции альвеолярной кости со стороны периодонтальной связки (рис. 7).

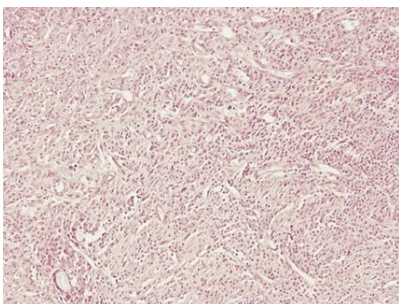


Рис. 7. Разрушение стромы собственной пластинки слизистой оболочки десны с формированием ткани типа грануляционной, с наличием многочисленных сосудов и гистиоцитов с примесью лимфоцитов и плазматических клеток в III группе животных. Окраска гематоксилином и эозином, х 200

В IV группе животных собственная пластинка слизистой оболочки по своему строению напоминает грануляционную ткань (рис.8). В периодонтальной связке определяются микроабсцессы, представленные скоплением многочисленных распадающихся нейтрофильных лейкоцитов и гистиоцитов.

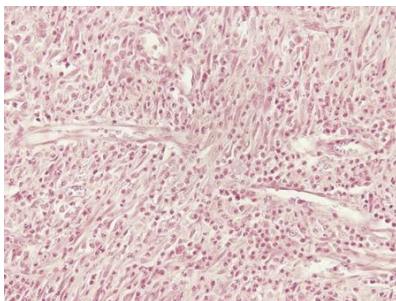


Рис. 8. Формирование грануляционной ткани с характерными вертикальными сосудами и многочисленными гистиоцитами на месте разрушенной собственной пластинки слизистой оболочки десны в IV группе животных.
Окраска гематоксилином и эозином, x 400

Поверхность кости со стороны периодонтальной связки покрыта многочисленными лакунами резорбции с располагающимися в них гистиоцитами и многоядерными остеокластами. Также в некоторых участках исследуемого материала определяется частичная резорбция клеточного цемента с формированием лакун резорбции (рис.9).

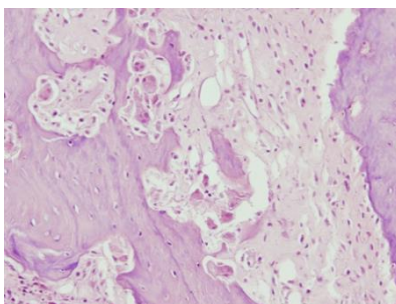


Рис. 9. Расширение периодонтального пространства, признаки хронического воспалительного процесса в области периодонтальной связки с изменением её структуры, выраженная резорбция альвеолярной кости гистиоцитами и остеокластами. Окраска гематоксилином и эозином, x 400

В V группе животных собственная пластинка слизистой оболочки замещена фиброзной тканью на месте предшествующей с очагами микроабсцессов, сопровождающихся распадом ткани (рис. 10). Периодонтальная щель расширена в связи с клеточной резорбцией, преимущественно альвеолярной кости. Также видны признаки резорбции клеточного цемента с формированием лакун резорбции, при этом данный процесс ярче выражен по сравнению с другими группами (рис.11).

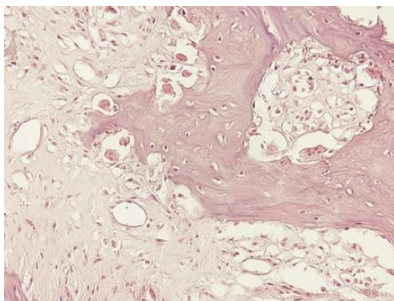


Рис. 10. Выраженные изменения структуры и признаки хронического воспалительного процесса в периодонтальной связке, расширение периодонтального пространства сочетается с активной резорбцией альвеолярной кости гистиоцитами и многоядерными остеокластами в V группе животных. Окраска гематоксилином и эозином, х 400

Со стороны альвеолярной кости определяются множественные очаги резорбции с клеточными инфильтратами хронического воспалительного процесса. Среди клеточных элементов преобладают гистиоциты и многоядерные остеокластоподобные клетки, реже встречаются лимфоциты и нейтрофильные лейкоциты.

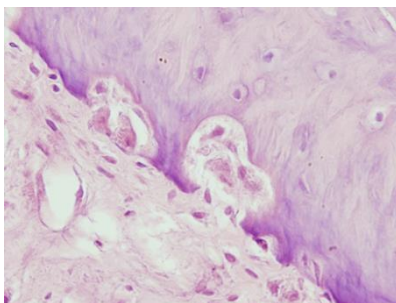


Рис. 11. Формирование лакун резорбции гистиоцитами и остеокластами в клеточном цементе. Окраска гематоксилином и эозином, х 900

Заключение. Результаты нашего исследования показали, что введение преднизолона, оказывая иммунодепрессивное действие на организм крысы, способствует ускоренному развитию воспаления, в результате чего при определенных условиях проявляется резорбция костной ткани альвеолярного отростка. Фиксация лигатуры на молярах у крыс на фоне инъекций преднизолона позволяет получить модель пародонтита максимально приближенную к этому заболеванию у людей.

Как показывает оценка состояния зубов и тканей пародонта экспериментальных животных, разработанная нами модель патологии является воспроизводимой и адекватной, что позволяет оценить происходящие процессы как клинически, так и морфологически.

Литература

1. Helieh, S. Oz Animal Models for Periodontal Disease / Helieh S. Oz, David A. Puleo // J Biomed Biotechnol. – 2011. – P.8.
2. Review.
3. Горбатова, А.С. Роль и место феномена повреждения в патогенезе заболеваний пародонта / А.С. Горбатова // Пародонтология. – 2003. – №4. – С. 19-20.
4. Грудянов, А.И. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, В.В. Овчинникова. – Москва : Мединформагентство МИА, 2007. – 79 с.
5. Грудянов, А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – Москва : Мед. информ. агентство, 2009. – 336 с.
6. Каргальцева, Н.М. Микроскопическое исследование десневых карманов / Н.М. Каргальцева // Институт стоматологии. – 2001. – №2. – Т.11. – С. 61-62.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ СТОМАЛГИЙ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ирданишвили А.К.

*ГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург (Россия)*

E-mail: mdgrey@bk.ru

Аннотация. В работе представлены особенности комплексного лечения больных, страдающих коморбидной патологией при появлении у них синдрома жжения в полости рта. Указывается, что стомалгия является заболеванием полиэтиологическим, в возникновении которого повинны как эндогенные, так и экзогенные факторы. Подчеркнуто, что связь многих стоматологических заболеваний или симптомов и синдромов, проявляющихся в полости рта, связана с патологией внутренних органов и систем организма.

Ключевые слова: стомалгия, коморбидная патология, жжение в полости рта, лечение.

FEATURES OF THERAPY STOMALGY AT KOMORBIDNY PATHOLOGY

Iordanishvily A.K.

*North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
St. Petersburg (Russia)*

E-mail: mdgrey@bk.ru

Abstract. The work describes features of complex treatment of people having comorbide pathology in burning syndrome of the oral cavity. It was specified that stomalgy is a disease of polyetioloical cause with both endogenec and exogenous factors. It was emphasized that connection of many dental diseases or symptoms and syndromes which are shown in the oral cavity is bound to pathology of internal organs and systems of organism.

Keywords: stomalgy, comorbide pathology, burning sensation in oral cavities, treatment.

Введение. О необходимости взаимодействия врачей-терапевтов и стоматологов постоянно говорится в научной и периодической специальной печати. Связь многих стоматологических заболеваний или

симптомов и синдромов, проявляющихся в полости рта, связана с патологией внутренних органов и систем организма [1, 3, 7]. К таким заболеваниям следует отнести стомалгию. Стомалгиями называют имеющиеся у больных субъективные расстройства чувствительности, характеризующиеся неприятными или болевыми ощущениями в языке или других органах и тканях полости рта и возникающие независимо от внешних раздражителей [2, 4]. Наши исследования показали, что стомалгиями чаще страдают люди пожилого и старческого возраста, особенно женщины старше 60 лет [6].

Причины возникновения стомалгий полностью не раскрыты [5]. Однако на основании наблюдения за 250 больными стомалгиями нам представляется, что заболевание это полиэтиологическое и в его возникновении повинны как эндогенные, так и экзогенные факторы.

В большинстве случаев раздражающие общие и местные факторы являются лишь разрешающими моментами возникновения стомалгий, протекающих на фоне различной психосоматической патологии [3, 6].

Цель исследования. На основании комплексного исследования представить редкие клинические наблюдения за эффективным лечением стомалгии при коморбидной патологии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 250 взрослых пациентов, страдающих стомалгиями, которые проходили лечение в различных стоматологических и общесоматических амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Санкт-Петербург, в возрасте старше 60 лет.

Результаты исследования. Приведём два клинических случая эффективного лечения больных пожилого и старческого возраста, страдающих коморбидной патологией.

Первое клиническое наблюдение. Больная Е., 65 лет, предъявляла жалобы на постоянное жжение слизистой оболочки и языка, сопровождающееся сухостью во рту. Установлено, что 2 года назад больная обратилась к стоматологу по поводу выраженной кровоточивости десен, возникающей при чистке зубов и во время приема пищи, а также незначительной подвижности зубов. Во время одной из лечебных процедур впервые ощутила жжение языка. Постепенно интенсивность жжения нарастала, расширилась и зона парестезии слизистой оболочки

(язык, десны, небо, щеки, губы). Ранее проводимое в течение 2 лет лечение парестезии слизистой оболочки полости рта с применением лидокаиновых блокад, электрофореза ганглерона и витамина В1, дарсонвализации, магнитотерапии, иглорефлексотерапии было неэффективно. Больная раздражительна, жалуется на периодически появляющуюся слабость, плаксивость, нарушение сна. Обвиняет врача-стоматолога в том, что он «занес инфекцию в полость рта». С 1976 г. страдает хроническим гипоацидным гастритом, лечится нерегулярно (только в период обострения заболевания), диспансерное наблюдение игнорирует. Слизистая оболочка полости рта сухая, гиперемирована, слегка отечна. Язык обложен, отечен, сглаженности или атрофии сосочков языка нет. Имеются неприятный запах изо рта, отек, гиперемия и кровоточивость десневого края и межзубных сосочков, карманы глубиной до 3,5 мм, преимущественно в области межзубных промежутков. Определяется патологическая подвижность зубов I-II степени. На ортопантограмме отмечена выраженная деструкция костной ткани межзубных перегородок. Поставлен диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней тяжести, парестезия слизистой оболочки полости рта и языка, ксеростомия. После исследования периферической крови, секреторной и кислотообразующей функций желудка и фиброгастроскопии гастроэнтеролог диагностировал компенсированный хронический гастрит с секреторной недостаточностью, в фазе невыраженного обострения. Кроме этого, дополнительно гастроэнтерологом назначено биохимическое исследование крови с целью определения уровня сывороточного железа, содержание которого у больной составило 6,4 мкмоль/л (норма 12,53-25,06 мкмоль/л). Это позволило уточнить диагноз и выявить латентную форму сидеропении (железодефицитной анемии). В соответствии с этим проводилось комплексное лечение, направленное на устранение воспалительных явлений в полости рта, нормализацию секреторной и кислотообразующей функций желудка, а также на преодоление железодефицитного состояния. Из препаратов железа больная принимала таблетки феррокаля (по 3 таблетки 3 раза в день) вместе с аскорбиновой кислотой (по 0,2 г 3 раза в день в те же часы). Спустя 2 недели после начала комплексного лечения у больной

значительно снизилась интенсивность парестетических ощущений, повысилась работоспособность, нормализовался сон. Содержание в крови сывороточного железа составило 11,3 мкмоль/л. К концу 3-й недели полностью исчезли парестетические ощущения (уровень сывороточного железа крови – 12,5 мкмоль/л), улучшилось состояние тканей пародонта, нормализовалось слюноотделение. В течение 3 лет рецидива парестезии, обострения заболеваний пародонта, ксеростомии не отмечено. Как видно из приведенного наблюдения, парестезия слизистой оболочки полости рта, ксеростомия и патология тканей пародонта у больной были патогенетически обусловлены латентной сидеропенией и являлись единственными ее симптомами. Только после комплексного обследования у специалистов и проведения назначенного ими патогенетического лечения, проявления латентной сидеропении в полости рта исчезли.

Второе клиническое наблюдение. Наблюдали больную П., 68 лет, страдающую алгическо-синестоподобным вариантом скрытой депрессии и длительно безрезультатно лечившуюся у стоматологов. Заболела 3 года назад, когда впервые через 4 дня после изготовления частично съемного зубного протеза на нижнюю челюсть почувствовала сильное жжение слизистой оболочки неба, кончика языка и нижней губы. После того как больная перестала носить протез, ощущения не исчезли, но уменьшались во время приема пищи. Неоднократно консультировалась у терапевта и невропатолога. Назначенное ими лечение, в связи с сопутствующей коморбидной патологией, положительного лечебного эффекта не дало. Выставлен диагноз: парестезия слизистой оболочки неба, языка, нижней губы средней тяжести. Проводили местное симптоматическое лечение: ротовые ванночки с лидокаином и цитралем, смазывание слизистой оболочки взвесью анестезина в глицерине, лидокаиновые блокады по типу торусальной анестезии, что не устранило явления парестезии. Больная систематически обращалась к стоматологам, обвиняя их в некачественном изготовлении протеза и неправильном выборе базисного материала. Изготовлен новый зубной протез из бесцветной пластмассы с фарфоровыми зубами, но улучшения не наступило.

При осмотре психиатром были обнаружены суточные колебания интенсивности парестетических ощущений с ухудшением в вечерние и утренние часы, сниженное настроение, подавленность, тревожность, заторможенность, упорное нарушение сна.

Поставлен диагноз: скрытая депрессия, алгическо-синестоподобный вариант, глоссалгическая форма. Через 18 дней после назначения антидепрессантов (амитриптилин по 1/8 таблетки 2 раза в день) и транквилизаторов (феназепам по 1/2 таблетки 2 раза в день в те же часы) парестетические ощущения в полости рта исчезли. Рецидива заболевания в течение 2 лет не отмечено. Диагностика стоматологами проявлений скрытой депрессии осложнилась тем, что жалобы на парестетические ощущения в полости рта имели ипохондрический характер, а их возникновение совпало с зубным протезированием. Обнаруженные у больной расстройства аффективной сферы (подавленность, тревожность, плохое настроение и др.) настолько были связаны с жалобами стоматологического характера, что вначале трактовались стоматологами и консультантами (терапевтом и невропатологом) как вторичные невротические расстройства.

Заключение. Клинические наблюдения представляют интерес для врачей-терапевтов в связи со сложностью верификации причин возникновения стомалгий у лиц пожилого и старческого возраста, трудностями в выборе методов для их лечения, а также в связи с мучительным состоянием пациентов и малой эффективностью проводимой им терапии.

Литература

1. Иорданишвили, А.К. Аллергические заболевания в стоматологии / А.К. Иорданишвили // Аллергология. Частная аллергология. Т. 2 / [под ред. Г.Б. Федосеева]. – Санкт-Петербург : Нордмед-издат, 2001. – С.58-63.
2. Иорданишвили, А.К. Клинико-функциональное состояние слизистой оболочки полости рта и языка у людей старших возрастных групп / А.К. Иорданишвили, Е.В. Филиппова, Д.А. Либих // Институт стоматологии. – 2012. – № 4 (57). – С. 80-81.
3. Иорданишвили, А.К. Причины возникновения стомалгий у людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили, Г.А. Рьжак, Д.А. Либих // Третий съезд геронтологов и гериатров России. – Новосибирск, 2012. – С. 136-137.

4. Иорданишвили, А.К. Клинические варианты проявления стомалгии у людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили, Д.А. Либих // Стоматология: наука и практика : тез. докл. науч.-практ. конф. – Санкт-Петербург, 2013. – С. 70-81.

5. Иорданишвили, А.К. Новый подход к диагностике, определению степени тяжести течения и оценке эффективности лечения стомалгий / А.К.Иорданишвили, Д.А.Либих // Основные стоматологические заболевания, их лечение и профилактика на Европейском Севере. – Архангельск : Изд-во СГМУ, 2013. – С. 90-94.

6. Иорданишвили, А.К. Инновационный подход к лечению некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка / А.К. Иорданишвили, Е.В. Филиппова, Д.А. Либих // Экология и развитие общества. – 2013. – № 1(7). – С. 86-87.

7. Комаров, Ф.И. Военная медицина и стоматология / Ф.И. Комаров, А.К. Иорданишвили // Пародонтология. – 2006. – № 2 (39). – С. 83-88.

* * *

УДК 616.314.17-008.1 (470.57)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Солдатова Е.С., Булгакова А.И., Васильева Н.А.
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
г. Уфа (Россия)
E-mail: albina_bulgakova@mail.ru*

Аннотация. В работе представлены результаты изучения частоты и структуры заболеваний пародонта у населения г. Уфы и Республики Башкортостан. Установлено, что пациенты в городе обращаются чаще по поводу гингивита, тогда как этот показатель значительно ниже у жителей республики. При этом выявлено, что патологические процессы тканей пародонта воспалительно-деструктивного характера часто встречаются у лиц в возрасте 30-39 лет. Полученные особенности диктуют необходимость более углубленного исследования факторов риска возникновения заболеваний пародонта в регионе.

Ключевые слова: заболевания пародонта, распространенность, город, регион.

RESEARCH RESULTS OF PARODONTIUM DISEASES IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Soldatova E.S., Bulgakova A.I., Vasilyeva N. A.
Bashkir State Medical University, Ufa (Russia)
E-mail: albina_bulgakova@mail.ru

Abstract. The work presents results of studying of frequency and structure of parodontium diseases among the population of Ufa and Republic of Bashkortostan. It was established that patients often visited clinics concerning gingivitis whereas this indicator was much lower among inhabitants of the republic. At the same time it was revealed that pathological processes of parodontium tissues of inflammatory and destructive character often occurred among people at the age of 30-39 years old. The received features dictate need of deeper study of risk factors of developing of parodontium diseases in the region.

Key-words: parodontium diseases, prevalence, city, region.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, основанным на клиническом обследовании населения 53 стран, наиболее высокий показатель заболеваний пародонта выявляется в возрасте от 35 до 44 лет и составляет 65–98% всего населения. В России частота заболеваний пародонта в общей популяции составляет 62-94%. Этот показатель неуклонно растет и зависит от различных факторов риска: возраста, социальных условий, наличия фоновых заболеваний обследуемого контингента, экологических характеристик региона и др.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ распространенности заболеваний пародонта в г. Уфе и Республике Башкортостан.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 5932 амбулаторных карт больных с заболеваниями пародонта. Исследование проводилось на базе МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г. Уфа, на основании данных, полученных в результате стоматологической помощи, оказанной населению врачами стоматологами-ортопедического отделения данной поликлиники в период 2009-2014 гг.

Для сравнительного анализа пациентов с заболеваниями пародонта пациентов разделили на две группы – I группа (жители города Уфы), II группа (жители Республики Башкортостан). Полученные данные обработаны с использованием стандартных компьютерных программ «Windows-98».

Результаты исследования и их обсуждение. В результате ретроспективного анализа мы определили, что из 100% пациентов с заболеваниями пародонта 50,2% составили жители г. Уфы, а 49,8% – соответственно РБ.

Сравнивая две группы пациентов, мы диагностировали гингивит у 62% пациентов I группы и 8,5% пациентов II группы; соответственно пародонтит легкой степени – 12,9% и 11,7%; пародонтит средней степени – 19,9% и 20,8 %; пародонтит тяжелой степени – 24,4 % и 31,4 %; пародонтоз – 22,6% и 27%; идиопатические заболевания пародонта – 0,03% и 0,4%.

При изучении половых различий были получены следующие результаты, связанные с тем, что в обеих группах преобладали женщины, а в I группе – 53,5%, во второй группе – 56,4 %. Нами был проведен анализ распространенности заболеваний пародонта в четырех возрастных группах (от 18 по 29 лет; от 30 по 39 лет; от 40 по 49 лет; от 50 лет и выше).

В I группе пациенты распределились в соответствии с возрастными группами – 30,4%, 23,3%, 15,9%, 30,4%. Во II группе соответственно – 22,5%, 16,4%, 19,7%, 41,2%.

Заключение. На основании ретроспективного анализа распространенности заболеваний пародонта за 5 лет по г. Уфе и Республике Башкортостан нами установлено что пациенты обращаются чаще с гингивитом в I группе (62 %), по сравнению с пациентами II группы (8,5%), а также незначительное количественное различие в возрастных группах в I и II группах. Полученные данные диктуют необходимость более углубленного исследования влияния факторов риска возникновения заболеваний пародонта в обеих группах.

* * *

ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ СТОМАЛГИЕЙ

Тиунова Н.В.

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
г. Нижний Новгород (Россия)*

E-mail: natali5_@list.ru

Аннотация. У больных стомалгией выявляются различные варианты дегенеративно-дистрофических изменений в шейном отделе позвоночника: протрузия дисков С5-С6, С6-С7, грыжи диска С4-С5, признаки компрессии боковых корешков справа и слева на уровне С3-С7, грыжа диска на уровне С4-С7, спондилоартроз, спондилез С5-7, стенотические изменения позвоночного канала на уровне С4-С7, нарушение оси позвоночника. Наиболее часто дистрофические изменения наблюдались на уровне С5-С6.

Ключевые слова: стомалгия, дегенеративно-дистрофические изменения, шейный отдел позвоночника

DEGENERATIVE-DYSTROPHIC CHANGES OF THE CERVICAL SPINE IN PATIENTS WITH BURNING MOUTH SYNDROME

Tiunova N. V.

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod (Russia)

E-mail: natali5_@list.ru

Abstract. Patients with burning mouth syndrome identified various options for degenerative-dystrophic changes in the cervical spine: disc protrusion C5-C6, C6-C7 disc hernia C4-C5, signs of compression of lateral roots of the right and left level of C3-C7, level disc hernia at the level C4-C7, spondylarthrosis, spondylosis C5-7, stenotic changes of the spinal canal at the level C4-C7, spinal axis disorder. The most frequently observed degenerative changes were at the level C5-C6.

Keywords: burning mouth syndrome, degenerative-dystrophic changes, cervical spine.

Стомалгия представляет собой состояние, которое характеризуется жгучей болью или неприятными ощущениями в области языка, твердого неба, губ. Ощущение может быть продолжительным либо преходящим. Иногда оно также может сопровождаться другими симптомами, например, сухостью во рту, неприятным привкусом, либо чув-

ством онемения [8, 12, 14]. Помимо стомалгии существует большое количество терминов, обозначающих данную патологию. Наиболее употребляемые: глоссалгия, глоссодиния, синдром жжения полости рта (burning mouth syndrome), синдром горящего рта [10].

Этиология стомалгии до настоящего времени остается не установленной [4, 13]. Провоцирующими моментами для возникновения патологии являются местные раздражающие факторы (острые края зубов, нерациональные ортопедические конструкции, явления гальванизма) [8, 15]. Считается, что в развитии этого заболевания велика роль патологии желудочно-кишечного тракта [1], большое значение придают аллергическому аспекту [12] и периферической нейропатии [5].

Психологические факторы играют важную роль как в возникновении, так и в поддержании синдрома жжения полости рта [2, 5]. Нередко синдром жжения полости рта появляется после эмоциональной травмы, смерти или заболевания раком близкого человека, при личностных и профессиональных трудностях [7].

В последнее время огромное значение придается взаимосвязи СЖПР с остеохондрозом шейного отдела позвоночника [11]. Частота неврологических проявлений остеохондроза составляет 71-80% среди всех заболеваний периферической нервной системы [9]. При поражении периферической нервной системы синдромы нарушений чувствительности могут отмечаться и в полости рта. Так, при компрессии корешка С3 (межпозвонковое отверстие СII-III) появляется не только боль в соответствующей половине шеи, но и неприятные ощущения в языке, что объясняется связью корешка с подъязычным нервом через подъязычную петлю [6]. Э.Г. Борисова (2014) указывает на взаимосвязь проявлений жжений и парестезий в языке с гепатохолециститом и шейным остеохондрозом в комбинации с вегетоневрозом и стрессом [3].

Цель исследования – выявить дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника у больных стомалгией.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 80 больных (75 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 48 до 65 лет, страдающих стомалгией. Всем больным проводили клинико-неврологическое, клинико-стоматологическое, клинико-алгологическое обследование. Для исследования шейного отдела позвоночника проводили магнитно-резонансную терапию шейного отдела позвоночника.

Результаты. При изучении результатов магнитно-резонансной терапии шейного отдела позвоночника у 100% больных выявлены дегенеративно-дистрофические изменения, а именно: протрузия дисков С5-С6, С6-С7, грыжи диска С4-С5, признаки компрессии боковых корешков справа и слева на уровне С3-С7, грыжа диска на уровне С4-С7, спондилоартроз, спондилез С5-С7, стенотические изменения позвоночного канала на уровне С4-С7, нарушение оси позвоночника.

Выводы. У больных стомалгией выявляются различные варианты дегенеративно-дистрофических изменений в шейном отделе позвоночника. Наиболее часто дистрофические изменения наблюдались на уровне С5-С6 в сравнении с уровнями С3-С4, С6-С7. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного лечения и обследования больных стомалгией у врача-невролога.

Литература

1. Абдикаримов, С.Ж. Частота доминирующих жалоб у больных глоссалгией в зависимости от фонового заболевания / С.Ж. Абдикаримов, Л.Я. Зазулевская, Б.А. Байгутдинова // Наука и мир. – 2014. – №11. – С.125-128.
2. Абуладзе, В.Ш. Нейропсихологические особенности в клинике синдрома жжения полости рта : дис. ... канд. мед. наук / В.Ш. Абуладзе. – Москва, 2003. – 117 с.
3. Борисова, Э.Г. Хронические болевые и парестетические синдромы языка: клиника, диагностика, лечение, профилактика и организация лечебного процесса : дис. ... д-ра мед. наук / Э.Г. Борисова. – Воронеж, 2014. – 225 с.
4. Вальков, В.А. Этиологические факторы синдрома жжения полости рта / В.А. Вальков // Дентал форум. – 2013. – №1. – С.49 – 51.
5. Гараева, А.Г. Клинические аспекты синдрома жжения полости рта в стоматологической практике : дис. ... канд. мед. наук / А.Г. Гараева. – Москва, 2003. – 124 с.
6. Дистрофические поражения позвоночника. Нейрореабилитация: руководство для врачей / Под ред. А.Н. Беловой. – М.: Антидор, 2000. – 563 с.
7. Дычко, Е.Н. Нейрогенные аспекты патогенеза глоссалгий / Е.Н. Дычко, В.Н. Миртовская // Стоматология. – 1990. – № 6. – С.38-39.
8. Казарина, Л.Н. Глоссалгия: этиология, патогенез, клиника, лечение / Л.Н. Казарина, Л.В. Вдовина, А.И. Воложин. – Нижний Новгород, 2008. – 124 с.
9. Кочунева, О.Я. Подводное вертикальное вытяжение позвоночника в комплексном восстановительном лечении больных дорсопатией пояснично-крестцового уровня : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Я. Кочунева. – Москва, 2004. – 22 с.

10. Скуридин, П.И. Психофармакотерапия и психотерапия при синдроме жжения полости рта / П.И. Скуридин, М.Н. Пузин, М.В. Голубев // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2010. – № 2. – С.10-12.

11. Скуридина, Е.Н. Прозопалгия при дегенеративно-дистрофических изменениях шейного отдела позвоночника : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Н. Скуридина. – Москва, 2009. – 21 с.

12. Gurvits, G.E. Burning mouth syndrome / G.E. Gurvits, A.Tan // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol.19. – № 5. – P.665-672.

13. Individual oral symptoms in burning mouth syndrome may be associated differentially with depression and anxiety / S.J. Davies [et al.] // Acta Odontol. Scand. – 2016. – Vol.74. – № 2. – P.155-160.

14. Silvestre, F.J. Burning mouth syndrome: a review and update / F.J. Silvestre, J. Silvestre-Rangil, P. López-Jornet // Rev Neurol. – 2015. – Vol. 60. – № 10. – P.457-463.

15. Zhang, C. Burning mouth syndrome / C. Zhang, X. Zhang, X. Ren // Zhongguo Zhen Jiu. – 2015. – Vol. 35. – № 6. – P.556.

* * *

УДК 616.314.18-002.4:[615.837.3+615.322]

ТЕРАПИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА ТЕРПЕНСОДЕРЖАЩИМ ПРЕПАРАТОМ В СОЧЕТАНИИ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КЮРЕТАЖЕМ

Молоков В.Д., Дударь М.В., Васильева Л.С., Казанкова Е.М.
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Иркутск (Россия)

E-mail: dudaeschka@mail.ru

Аннотация. Исследовано терапевтическое действие препарата «Антиран», содержащего терпеноид изоборнилацетат, на воспалительный процесс в пародонте у 64 беспородных белых крыс. Показано, что «Антиран» эффективно купирует воспаление, предотвращает вторичную альтерацию тканей, ускоряет репаративные процессы и восстановление поврежденных тканей.

Ключевые слова: пародонтит, терпеноиды, воспаление, кюретаж.

THERAPY OF EXPERIMENTAL PERIODONTITIS BY TERPENE DRUG IN COMBINATION WITH ULTRASONIC CURETTAGE

Molokov V.D., Dudar M.V., Vasileva L.S., Kazankova E.M.
Irkutsk State Medical University, Irkutsk (Russia)
E-mail: dudareschka@mail.ru

Abstract. Therapeutic action of drug “Antiran” containing terpene isobornylacetate, on inflammatory process in parodontium of 64 not purebred white rats has been analyzed. It was shown, that «Antiran» effectively stopped inflammation, prevented secondary alteration of tissues, accelerated reparative processes and restoration of the damaged tissues.

Keywords: periodontitis, terpenoids, inflammation, curettage.

Актуальность. Актуальной проблемой современной стоматологии является поиск методов и средств стабильного купирования деструктивных процессов и стимулирования процессов регенерации, происходящих в тканях пародонта при хроническом генерализованном пародонтите (ХГП) [2].

В настоящее время используются разные варианты комплексного лечения заболеваний пародонта. Обязательным этапом лечебных мероприятий является кюретаж пародонтальных карманов с целью удаления из них поддесневых зубных отложений, распавшихся тканей, грануляций, вегетирующего эпителия, пораженного цемента [2]. Ультразвуковой метод обработки корня зуба, за счет эргономичности и более щадящего воздействия на ткани пародонта, широко применяется в стоматологической практике. При этом важен синергизм действия ультразвука и орошающего раствора, подающегося из резервуара аппарата, как для охлаждения, так и для усиления бактерицидного действия ультразвукового кюретажа [4]. С целью орошения наиболее часто применяют дистиллированную воду, физиологический раствор и растворы антисептиков (хлоргексидин, перекись водорода). Перечисленные вещества не способны стабильно купировать деструктивные процессы в тканях пародонта, так как либо не обладают антибактериальным эффектом, либо оказывают раздражающее действие, что провоцирует вторичную альтерацию тканей. С целью стабильного пре-

крашения деструкции тканей оптимально использовать в качестве орошающей жидкости при ультразвуковом кюретаже препарат, обладающий одновременно и щадящим бактерицидным эффектом, и стимулирующим репарацию действием. Такие свойства, по данным литературы, имеют терпенсодержащие вещества [3, 5].

Цель исследования заключалась в выявлении лечебного действия препарата «Антиран», применяемого в качестве орошающей жидкости при ультразвуковом кюретаже с последующим трансмембранным диализом, на ткани пародонта при экспериментальном пародонтите.

Известно, что препарат «Антиран» включает в свой состав биологически активное вещество (БАВ) растительного происхождения: терпеноид изоборнилацетат (компонент эфирного масла пихты). По данным литературы, изоборнилацетат обладает высокой антибактериальной активностью, подавляет патогенность грамотрицательных микроорганизмов, не уступая в этом антибиотикам, а также оказывает противовоспалительный, антиэкссудативный и цитопротекторный эффекты [3].

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проведено на 64 беспородных белых крысах-самках массой 150-170 г. Пародонтит моделировали по методике А.И. Воложина и С.И. Виноградовой [1] путем наложения шелковой лигатуры в десневую бороздку на 7 суток.

После снятия лигатуры всем животным проводили поэтапное лечение. На первом этапе (1-3-е сутки) использовали антибиотик (30 % раствор линкомицина гидрохлорида с димексидом в соотношении 9:1), вводимый в ткани пародонта методом трансмембранного диализа [6]. На втором этапе (4-е сутки) животных делили на две группы (по 24 крысы) и проводили ультразвуковой кюретаж. В основной группе животных в качестве орошающей жидкости использовали водный раствор «Антиран» с конечной концентрацией изоборнилацетата 5 %, в группе сравнения – 0,06% раствор хлоргексидина. На третьем этапе (5-14-е сутки) всем животным стимулировались репаративные процессы с помощью трансмембранного диализа раствора препарата «Антиран» той же концентрации.

Животных выводили из эксперимента сразу после снятия лигатуры (нулевой срок) и через 3, 7, 14, 21 сутки. Для исследования иссекали

фрагмент нижней челюсти, содержащей нижние резцы, и участок десны между ними, изготавливали гистологические препараты, которые изучали с использованием окулярной сетки и системы анализа изображения с программным обеспечением «Image Scope Color» (Москва, 2007) по Г.Г. Автандилову. Определяли объемную долю лейкоцитарного инфильтрата, полнокровных сосудов, отечной жидкости (скопления экссудата), костных фрагментов, новообразованного коллагена и тканей, сохранивших и восстановивших нормальную структуру.

Экспериментальные исследования проводились согласно правилам лабораторной практики при проведении доклинических исследований в РФ (ГОСТ 3 51000.3-96 и 51000.4-96).

Полученные данные обработаны статистически стандартными непараметрическими методами «Statistica 8.0» с вычислением критериев Манна-Уитни и Уилкоксона. Данные считались достоверно отличающимися при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Благодаря трансмембранному диализу линкомицина (с 1 по 3 сутки) в очаг воспаления, дальнейшая деструкция тканей пародонта существенно ограничивалась, что обусловлено эффективным подавлением патогенной микрофлоры (на 80-100%) [6].

После ультразвукового кюретажа с препаратом «Антиран» и двух сеансов трансмембранного диализа (7-е сутки эксперимента) у подопытных животных основной группы доля лейкоцитарного инфильтрата уменьшилась в среднем в 3,3 раза, по сравнению с аналогичным показателем в группе сравнения ($p < 0,05$). Доля нерезорбированных костных фрагментов была в 9,3 раза ниже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения, при этом костные отломки наблюдались только в верхней трети корня зуба, в других участках пародонта костные фрагменты отсутствовали. Полнокровие сосудов в нижней трети корня зуба регистрировалось в 2,4 раза меньше ($p < 0,05$), чем в предыдущий срок наблюдения, а по отношению к этому показателю в группе сравнения уменьшилось в 2 раза ($p < 0,05$). В остальных участках пародонта доля полнокровных сосудов оставалась такой же, как в группе сравнения. Доля экссудата снизилась в верхней и нижней третях корня зуба и в среднем была меньше в 2,3 раза ($p < 0,05$) по сравнению с животными

группы сравнения. Таким образом, у животных основной группы деструктивные процессы прекращались, и вторичная альтерация не пролонгировалась.

Наряду с этим нарастали темпы репаративной регенерации тканей пародонта: возросла доля тканей с нормальной структурой (в среднем в 2,3 раза больше, чем у животных, которым проводился ультразвуковой кюретаж с раствором хлоргексидина, $p < 0,05$), а доля незрелого (новообразованного) коллагена в 1,4 раза уменьшилась ($p < 0,05$).

К 14-м суткам наблюдения деструктивные процессы практически завершились, и нерезорбированные костные фрагменты не определялись на всем протяжении пародонта, что указывает на более активное очищение очагов деструкции при использовании препарата «Антиран» в процессе ультразвукового кюретажа, по сравнению с применением хлоргексидина ($p < 0,05$). Доля полнокровных сосудов в тканях пародонта уменьшилась (по сравнению с предшествующим сроком наблюдения): в среднем в 2,4 раза ($p < 0,05$). Доля экссудата снизилась статистически значимо на протяжении верхней и средней третей ($p < 0,05$). По отношению к этим показателям в группе сравнения количество полнокровных сосудов уменьшилось в среднем в 1,8 раза ($p < 0,05$), а доля экссудата в 4,0 раза ($p < 0,05$). Доля новообразованного коллагена имела тенденцию к уменьшению, по сравнению с данным показателем у животных, которым проводился ультразвуковой кюретаж с раствором хлоргексидина. Вместе с тем доля восстановленных и сохраненных тканей значительно возросла на всем протяжении пародонта ($p < 0,05$), что свидетельствует о созревании новообразованных коллагеновых волокон и продолжающемся коллагеногенезе.

На 21-е сутки наблюдения лейкоцитарная инфильтрация в тканях пародонта полностью отсутствовала, скопления экссудата отмечались только в нижней трети корня зуба, их доля продолжала уменьшаться (в 1,2 раза по сравнению с предыдущим сроком) и достигала значения в 8,4 раза более низкого, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). По отношению к показателям в группе сравнения доля полнокровных сосудов была меньше в 5,6 раза ($p < 0,05$), количество незрелого коллагена – в 1,4 раза ($p < 0,05$). Вместе с тем доля тканей с нормальной структурой

существенно увеличилась, по сравнению с 14 сутками эксперимента и составила в среднем 77,7 % и превысила в 1,6 раза этот показатель в группе сравнения ($p < 0,05$).

Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод о преимуществе комплексного лечения пародонтита с применением препарата «Антиран» для ультразвукового кюретажа и последующего трансмембранного диализа, за счет купирования вторичной альтерации тканей пародонта и активного стимулирования репаративной регенерации.

Литература

1. Воложин, А.И. Патогенез экспериментального пародонтита у кроликов / А.И. Воложин, С.И. Виноградова // Стоматология. – 1991. – №4. – С.10-12.
2. Грачева, Е.В. Фотодинамическая терапия. Обзор современных методик лечения заболеваний пародонта / Е.В. Грачева, Е.А. Гриценко // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т.3. – №2. – С.358-360.
3. Динамика микробного пейзажа в хронической экспериментальной ране при её лечении препаратами, содержащими биологически активные вещества / Л.С. Васильева, Л.К. Куликов, С.С. Казанков [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т.97. – № 6. – С.79-81.
4. Иванова, Е.В. Применение ультразвука в терапевтической стоматологии / Е.В. Иванова, В.С. Иванов, П.В. Почивалин [и др.] // Новое в стоматологии. – 2009. – №5. – С. 45-47.
5. Морфология инфицированной хронической раны при её лечении биологически активными препаратами наружного применения / Л.С. Васильева, Л.К. Куликов, С.С. Казанков [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – №4. – Т.87. –С.41-43.
6. Тирская, О.И. Оценка эффективности введения антибиотиков методом трансмембранного диализа при лечении пародонтита / О.И. Тирская, В.Д. Молоков, Л.С. Васильева // Сибирский медицинский журнал. – 2003. – № 3. – Т.38. – С. 64-66.

* * *

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПАТОГЕНЕЗ И ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРЧАТКИ В ПОЛОСТИ РТА

(обзор литературы)

Габидуллина Г.Ф., Булгакова А.И., Тихонова С.А.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
г. Уфа (Россия)
E-mail: albina_bulgakova@mail.ru

Аннотация. В представленном обзоре литературы отражены современные аспекты проблем пузырчатки. При этом отмечено, что, несмотря на широкое изучение этиологии, патогенеза и диагностики пузырчатки в полости рта, они остаются до конца нерешенными. В то же время подтверждается концепция, свидетельствующая о том, что ранняя диагностика и вовремя начатое лечение вульгарной пузырчатки способствуют более благоприятному течению и исходу данного заболевания.

Ключевые слова: вульгарная и листовидная пузырчатка, патогенез, диагностика, лечение.

PREVALENCE, PATHOGENESIS AND PEMPHIGOID DIAGNOSTICS IN THE ORAL CAVITY

(literature review)

Gabidullina G.F., Bulgakova A.I., Tikhonova S.A.
Bashkir State Medical University, Ufa (Russia)
E-mail: albina_bulgakova@mail.ru

Abstract. Modern aspects of pemphigoid problems were reflected in the submitted literature review. At the same time it was noted that despite broad studying of etiology, pathogenesis and pemphigoid diagnostics in the oral cavity it remained to be resolved. At the same time the concept characterized that early diagnostics and treatment in time of pemphigus vulgaris promoted more favorable course and outcome of this disease.

Keywords: pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus, pathogenesis diagnostics, treatment.

Пузырчатка (pemphigus) занимает 0,1-0,15% всех дерматозов. Существуют две основные формы пузырчатки: вульгарная (ВП) и листовидная (ЛП). В России вульгарная пузырчатка составляет более 85% всех случаев заболевания пузырчаткой, что делает изучение этой формы дерматоза более актуальным для нашей страны. ВП – тяжелое злокачественное заболевание, в отсутствие адекватного лечения приводящее к летальному исходу. В 90% случаев ВП впервые проявляет себя на слизистых оболочках рта (СОР) и ротоглотки, долгое время это может быть единственным проявлением болезни [4, 7, 8].

Истинная вульгарная пузырчатка – аутоиммунное заболевание кожи и/или слизистых оболочек, клинически проявляющееся образованием пузырей и эрозий, гистологически – интраэпидермальными пузырями, обусловленными акантолизом. В развитии акантолиза важная роль принадлежит циркулирующим аутоантителам класса IgG к поверхностным белкам кератиноцитов, вызывающим нарушение строения и функций десмосом [3, 4]. Основными антигенами при истинной акантолитической пузырчатке являются трансмембранные гликопротеины десмосом – десмоглеины 1 и 3, а также десмоколлины, адгезирующие молекулы кадгеринавого типа, ацетилхолиновые рецепторы клеточных мембран, митохондриальные белки и др. [2, 3].

Частой локализацией ВП бывают: слизистые оболочки твердого, мягкого неба и щек, переходная складка (чаще нижней челюсти), задняя стенка глотки, верхний край надгортанника [1, 8]. Как правило, типичные пузыри на СОР отсутствуют. Вместо них обнаруживаются остатки покрывшек пузырей по периферии эрозии, которые очень медленно эпителизируются, а при отсутствии своевременной терапии увеличивают свою площадь. Диагностика ВП основывается на клинических и лабораторных методах. Характерны следующие симптомы: 1) положительный симптом Никольского (при трении здоровой на вид слизистой оболочки или кожи происходит отслойка поверхностных слоев эпителия с образованием пузырей или эрозий); 2) "краевой" симптом Никольского (при потягивании пинцетом за обрывки покрывшки пузыря эпителий отслаивается за пределы видимой эрозии); 3) симптом Асбо-Хансена (при надавливании на пузырь площадь его увеличивается [1, 5]. Клинические признаки позволяют лишь заподозрить ВП.

Для установления окончательного диагноза необходимо провести лабораторное обследование. К числу широко применяемых методов относятся следующие: 1) цитодиагностика – изучение мазков-отпечатков, на предмет обнаружения акантолитических клеток – метод Тцанка, этот признак характерен и другим буллезным дерматозам [6]; 2) непрямая реакция иммунофлюорисценции (НРИФ) позволяет обнаружить циркулирующие в сыворотке, а также в пузырьной жидкости антитела класса IgG в межклеточной субстанции эпителия, этот метод позволяет подтвердить диагноз [3]; 3) иммунофлюорисцентное исследование, направленное на обнаружение методом прямой флюорисценции (прямая РИФ) фиксированного IgG в межклеточном веществе эпителия. Это наиболее перспективный метод в диагностике ВП, позволяющий дифференцировать ее от других буллезных дерматозов [2, 3, 7].

Заключение. Ранняя диагностика и вовремя начатое лечение ВП способствуют более благоприятным течению и исходу данного заболевания.

Литература

1. Рабинович, О.Ф. Пузырчатка слизистой оболочки рта / О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович, Н.В. Разживина // Пародонтология. – 2006. – №1. – Т.37. – С.18.
2. Галактионов, В.Г. Иммунология / В.Г. Галактионов. – Москва : РИЦ МДК, 2000 – 488 с.
3. Матушевская, Е.В. Иммунология вульгарной пузырчатки и возможный механизм формирования заболевания / Е.В. Матушевская, Е.В. Свищевская, А.А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 1996. – №2. – С.25-28.
4. Вульф, К. Пузырные дерматозы // Дерматология по Т.Фицпатрику (атлас-справочник) / К. Вульф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд. – Москва : Практика, 2007. – С.138-167.
5. Глухенький, Б.Т. История и клиническое значение симптома Никольского в диагностике пузырных дерматозов / Б.Т. Глухенький, С.А. Грандо, В.Г. Коляденко [и др.] // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2003. – №4. – С.6-12.
6. Махнева, Н.В. Совершенствование морфологической диагностики акантолитической пузырчатки / Н.В. Махнева, Л.В. Белецкая // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – №5. – С.37.

7. Grando, S.A. Pemphigus autoimmunity: hypotheses and realities / S.A. Grando // Autoimmunity. – 2012. – Vol.45. – №1. – P.7-35.

8. Pemphigus vulgaris in oral cavity: clinical analysis of 71 cases / T. Shamim, V.I. Varghese, P.M. Shameena [et al.] // Medicina Oral, Patologia Oral y Cirurgia Bucal. – 2008. – Vol.10. – №13. – P.622-626.

* * *

616.317.2-08-031.84

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ

Галченко В.М., Ключникова М.О., Галченко Л.И.
*ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»,
г. Иркутск (Россия)
stommarina@yandex.ru*

Аннотация. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки представляют собой очень актуальную проблему в стоматологии и медицине. Распространенность этих заболеваний увеличивается, растет скорость озлокачествления. Комплексный подход к лечению, с использованием близкофокусной терапии, позволяет добиться хороших результатов, вплоть до полного выздоровления.

Ключевые слова: хейлит Манганотти, лечение, близкофокусная терапия.

COMPLEX TREATMENT OF MANGANOTTI'S CHILITIS

Galchenko V. M., Klyushnikova M. O., Galchenko L.I.
*Irkutsk State Medical University, Irkutsk (Russia)
stommarina@yandex.ru*

Abstract. Precancerous diseases of the red portion of the lips and mucous membranes is a very topical issue in dentistry and medicine. The prevalence of these diseases and increasing the speed of regeneration grows in malignant. The integrated approach to treatment using short-distance therapy achieved good results, until complete recovery.

Keywords: Manganotti's chilitis, treatment, short-distance therapy.

Актуальность. Большое социальное и медицинское значение проблемы злокачественных новообразований челюстно-лицевой области продиктовано высокой заболеваемостью и смертностью больных в результате несвоевременной диагностики и недостаточной осведомленности о клинике заболеваний и лечебной тактике [1].

В настоящее время большое значение придается предраковым заболеваниям как начальным патологическим состояниям, предшествующим злокачественным новообразованиям и возникающим на основе общих изменений организма [2, 3].

Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти является облигатным предраковым заболеванием красной каймы нижней губы с большой потенциальной злокачественностью. Данное заболевание характеризуется вялым и упорным течением, плохо поддается лекарственной терапии. Встречается обычно у пожилых мужчин. В развитии этого заболевания важную роль играют различные травмирующие факторы (механические, химические, физические). Цитологическое исследование может выявить явления дискариоза клеток эпителия, элементы воспаления, но чаще обнаруживают только воспаление [1].

Длительность течения абразивного преинвазивного хейлита Манганотти до его трансформации в рак индивидуальна. Может наступить быстрое озлокачествление процесса (через 4-6 мес.), у некоторых больных оно наступает через 5-7 лет после начала заболевания.

Существуют различные методы консервативного лечения данного заболевания, но часто они не дают положительного результата, и возникает необходимость в хирургическом иссечении патологического очага. Однако и хирургическое лечение не всегда можно использовать: пожилой возраст, наличие тяжелой соматической патологии [1, 3].

Наиболее доступным и эффективным методом лечения предраковых заболеваний является близкофокусная рентгенотерапия (короткодистанционная). Под воздействием рентгеновского излучения восстанавливается нарушенный обмен веществ эпидермальных клеток и стимулируется регенерация, нормализуется трофика тканей.

Цель исследования. Провести оценку эффективности комплексного лечения хейлита Манганотти с применением близкофокусной рентгенотерапии.

Материалы и методы исследования. На кафедре терапевтической стоматологии ИГМУ в течение ряда лет наблюдались 13 больных с абразивным преканцерозным хейлитом Манганотти в возрасте 55-78 лет, мужчины. Длительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 5 лет. При поступлении всем больным проводилось полное клиническое обследование, цитологическое исследование мазков отпечатков.

Результаты исследования. Жалобы больные предъявляли на длительно не заживающие эрозии на красной кайме нижней губы, незначительные боли при приеме пищи. Шесть человек возникновение заболевания связывали с перенесенным герпесом губ, двое – с травмой губы, остальные не смогли указать причину.

При осмотре эрозии овальной или неправильной формы локализовались на красной кайме нижней губы. Поверхность эрозии гладкая, блестящая, темно-красного цвета, нередко покрыта плотно сидящей кровянистой или серозной коркой, удаляющейся с трудом, при этом возникает небольшая кровоточивость. Эрозии чаще располагались на боковой части губы (10 человек), реже в центральной (3 человека). Размер очага поражения варьировал от 0,3х0,3 до 1,2-1,5 см. При пальпации губа мягкая, безболезненная, региональные лимфоузлы не увеличены. Цитологически наблюдается картина неспецифического воспаления.

При обследовании полости рта у всех больных отмечался низкий уровень гигиены, высокое КПУ – 12-16, у пяти человек наблюдались острые края центральных зубов, у трех – снижение прикуса за счет патологической стираемости зубов.

Из сопутствующих заболеваний у девяти человек выявлена патология желудочно-кишечного тракта, у четверых – ишемическая болезнь сердца.

Всем больным проводилось комплексное лечение с учетом индивидуальных особенностей организма и течения заболевания, включающее как местную терапию, так и общую. Общее лечение включало в себя лечение сопутствующих заболеваний, назначение поливитаминов, в особенности витаминов А и С. Также всем пациентам проводили полную санацию полости рта и рациональное протезирование, обучали гигиене полости рта, подбирали нераздражающие гигиеническое средства, рекомендовали щадящую диету.

Нами для местной терапии после антисептической обработки теплым раствором 0,06% хлоргексидина проводились аппликации на губу мазью солкосерил, эмульсией плаценты 4-6 раз в день по 15-20 минут, чередуя препараты. Днем губу рекомендовали постоянно смазывать кремом – бальзамом для губ на основе плаценты. Препараты плаценты способствуют регенерации тканей и заживлению язв и эрозий, так как содержат чистейший плацентарный белок со всем набором аминокислот и микроэлементов.

Пациентам, у которых эрозии отличались большим размером (1 см и более), а также упорным течением дополнительно назначали лидокаиновые блокады. Для этого использовали 0,25% раствор лидокаина.

В результате проведенной терапии в девяти случаях наступила эпителизация эрозий в сроки от трех недель до полутора месяцев (зависело от длительности заболевания). Рецидивы через полтора-два года наблюдались у семерых человек, но пациенты отмечали значительное уменьшение вновь возникших эрозий, их быструю эпителизацию после начала лечения.

У двух больных не отмечалось рецидивов заболевания в течение пяти лет. Губа мягкая, без патологических изменений, на месте эрозии губа имеет более светлую окраску.

У четверых пациентов после проведенного лечения эрозии уменьшились в размерах, стали более бледными, но полного заживления не наблюдалось. Однако провести хирургическое лечение у троих больных не представлялось возможным. Поэтому им была назначена близкофокусная рентгенотерапия. При облучении очагов воспаления применяли разовые дозы в пределах 0,1-0,2 гр. Необходимо придерживаться правила: чем острее и диффузнее протекает процесс и чем раньше начато лечение, тем меньше должны быть дозы.

Заключение. Комплексный индивидуальный подход к лечению абразивного преканцерозного хейлита Манганотти позволил нам добиться значительных положительных результатов, что дает основание рекомендовать его к широкому применению.

Литература

1. Барер, Г.М. Терапевтическая стоматология : учебник. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Г.М. Барер. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 452 с.
2. Борк, К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника. Диагностика и лечение : атлас и руководство / К. Борк, В. Бургдорф. – Москва : Медицинская литература, 2011. – 438 с.
3. Луцкая, И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта / И.Л. Луцкая. – Москва : Медицинская литература, 2014. – 224 с.

* * *

УДК 616.314.2-009.21-089.822-17

ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЁННОГО КАРИЕСА ЗУБОВ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Салманов И.Б.**, Иорданишвили А.К.*

**ГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург*

***Военный госпиталь МО РФ, г. Ростов-на-Дону (Россия)*

E-mail: mdgrey@bk.ru

Аннотация. В работе представлены результаты изучения первичной медицинской документации (ПМД) 167 (132 (79,04%) мужчины и 35 (20,96%) женщины) человек, проходивших эндодонтическое лечение по поводу разных форм пульпита, и 83 человек (73 (87,95%) мужчины и 10 (12,05%) женщины), проходивших эндодонтическое лечение по поводу разных форм периодонтита. Пациенты были в возрасте от 18 до 55 лет (молодой и средний возраст). Проведен анализ использованных врачами методов диагностики и их частоты при лечении пульпита и периодонтита, а также их сравнение с ведомственным стандартом эндодонтического лечения.

Ключевые слова: осложненный кариес, пульпит, периодонтит, диагностика, рентгенодиагностика, каналы корней зубов, пломбирование, первичная медицинская документация, ведомственные стоматологические учреждения.

DIAGNOSIS OF THE COMPLICATED CARIES OF TEETH IN THE MILITARY-MEDICAL ORGANIZATIONS

Salmanov I.B. **, Iordanishvily A.K. *

**North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
St. Petersburg (Russia);*

***Russian Federation military hospital, Rostov-on-Don (Russia)
E-mail: mdgrey@bk.ru*

Abstract. The work presents results of studying of the primary medical documentation (PMD) of 167 people (132 (79,04%) males and 35 (20,96%) females) who were passing endodontic treatment concerning different forms of pulpitis and 83 people (73 (87,95%) males and 10 (12,05%) females), passing endodontic treatment concerning different forms of periodontitis. Patients were aged from 18 till 55 years (young and middle age). The analysis of the diagnostic methods used by doctors and their frequencies in treatment of pulpitis and periodontitis, and also their comparison with the departmental standard of endodontic treatment was done.

Keywords: complicated caries, pulpitis, periodontitis, diagnostics, X-ray diagnosis, root canals of teeth, tooth stopping, primary medical documentation, departmental dental establishments.

Введение. Несмотря на несомненные успехи, достигнутые отечественной и зарубежной стоматологией, не решенной остается одна из важнейших проблем – качество эндодонтического лечения зубов [1, 3]. Это обуславливается высокой себестоимостью эндодонтического лечения при применении современных технологий и материалов, многие из которых выпускаются зарубежной промышленностью и не имеют адекватных аналогов в Российской Федерации [7]. Некачественному эндодонтическому лечению способствует не только дефицит современного оборудования, инструментов и материалов для эндодонтического лечения, но и сохраняющиеся традиционные рутинные формы в организации приёма пациентов в отделениях терапевтической стоматологии государственных (муниципальных) и ведомственных лечебно-профилактических учреждений, предусматривающих недостаточное выделение времени на лечение больного с осложненными формами кариеса зубов [6]. Следствием несвоевременной диагностики или не-

эффективного эндодонтического лечения пульпита или периодонтита являются хронические периапикальные очаги одонтогенной инфекции (ХПООИ), часто приводящие к ограниченным или разлитым острым гнойно-воспалительным заболеваниям челюстей и околочелюстных мягких тканей, развитие которых обуславливается снижением общей иммунологической реактивности, неспецифической резистентности и повышением сенсбилизации организма человека [2, 4]. Учитывая, что изучение эффективности пломбирования каналов корней зубов в стоматологических кабинетах воинских частей и военно-медицинских организаций выявило, что недопломбировка отмечена в 46,6% случаев при лечении однокорневых зубов, и в 25,2% случаев при лечении многокорневых зубов, а перепломбировка, соответственно, в 8,2% и 20,6% случаев [5], представляется целесообразным оценить проводимые врачами-стоматологами военно-медицинских организаций диагностические мероприятия при проведении лечебно-профилактической работы с пациентами, страдающими осложненными формами кариеса зубов – пульпитом и периодонтитом.

Цель исследования. Анализ методов диагностики, использующихся при проведении лечебно-профилактических мероприятий по поводу пульпита и периодонтита зубов в N-й военно-медицинской организации.

Материал и методы исследования. В ходе клинического исследования, проведенного на базе N-й военно-медицинской организации мегаполиса, были изучены первичные медицинские документы (ПМД), амбулаторные карты стоматологического больного (АКСБ) 167 (132 (79,04%) мужчины и 35 (20,96%) женщин) человек, проходивших эндодонтическое лечение по поводу разных форм пульпита, и 83 (73 (87,95%) мужчины и 10 (12,05%) женщин), проходивших эндодонтическое лечение по поводу разных форм периодонтита. Пациенты были в возрасте от 18 до 55 лет (молодой и средний возраст). При анализе ПМД или АКСБ изучали использованные врачами методы диагностики и их частоту при лечении пульпита и периодонтита и соотносили их с ведомственным стандартом эндодонтического лечения [5]. Полученные в ходе исследования показатели вносили в базу данных, созданную

в программе Microsoft Access. Статистическую обработку произвели с применением программы «Statistica for Windows» версии 7.0.

Результаты исследования. Анализ ПМД и АСКБ в аспекте использования методов диагностики при проведении лечебно-профилактических мероприятий по поводу пульпита показал, что врачи-стоматологи используют опрос и осмотр в 100% случаев (у 167 больных). В то же время, по данным ПМД, зондирование применялось в 49,7% случаев (у 83 пациентов), перкуссия – в 77,25 % случаев (у 129 пациентов), пальпация альвеолярного отростка (части) челюсти – в 29,94% случаев (у 50 больных), арех-локация – в 87,43% случаев (у 146 пациентов). Такие методы диагностики, как определение температурной чувствительности зуба, электроодонтометрия, использовались врачами-стоматологами значительно реже, а именно в 8,38% случаев (у 14 пациентов) и 27,54% случаев (у 46 больных, страдающих пульпитом) соответственно. В связи с проведением в N-й военно-медицинской организации научно-исследовательской работы при обследовании 14 пациентов, страдающих пульпитом, то есть в 8,38% случаев применялись мионометрия жевательных мышц и гнатодинамометрия. Особый интерес представляют сведения о применении рентгенологического исследования в процессе лечения пульпита. Было установлено, что однократно исследование было выполнено в 100% случаев, рентгенологическое исследование выполнено 2 раза – в 85,63% случаев (у 143 пациентов), 3 раза – в 49,1% случаев (у 82 больных), 4 и более раз – в 26,35% случаев (у 44 пациентов). При этом внутриротовая рентгенография была использована в 100% случаев (у 167 пациентов), ортопантомография – в 12,57% случаев (у 21 пациента), 3D- диагностика – в 2,4% случаев, то есть у 4 пациентов.

Анализ ПМД и АСКБ в аспекте использования методов диагностики при проведении лечебно-профилактических мероприятий по поводу периодонтита показал, что врачи-стоматологи используют опрос и осмотр в 100% случаев (у 83 больных). В то же время, по данным ПМД, зондирование при диагностике периодонтита применялось в 49,4% случаев (у 41 пациента), перкуссия – в 96,39% случаев (у 80 пациентов), пальпация альвеолярного отростка (части) челюсти – в 50,6% случаев

(у 42 больных), арех-локация – в 69,9% случаев (у 58 пациентов). Определение температурной чувствительности зуба и электроодонтометрии использовались врачами-стоматологами при диагностике периодонтита так же редко, как и при диагностике пульпита, а именно в 3,61% случаев (у 3 пациентов) и 28,87% случаев (у 24 больных), соответственно. Следует также отметить, что в связи с проведением в N-й военно-медицинской организации научно-исследовательской работы 14 пациентов, страдающих разными формами периодонтита, при обследовании применялись мионометрия жевательных мышц и гнатодинамометрия, то есть в 16,87% случаев. Данные о применении рентгенологического исследования в процессе лечения периодонтита следующие. Было установлено, что однократно исследование было выполнено в 100% случаев, рентгенологическое исследование выполнено 2 раза – в 91,57% случаев (у 76 пациентов), 3 раза – в 62,651% случаев (у 52 больных), 4 и более раз – в 38,55% случаев (у 32 пациентов). При этом внутриротовая рентгенография при диагностике и лечении периодонтита была использована в 100% случаев (у 83 пациентов), ортопантомография – в 38,55% случаев (у 32 пациентов), 3D-диагностика – в 10,84% случаев (у 9 пациентов). Другие современные методы рентгенологического исследования (конусно-лучевая компьютерная томография, цифровая микрофокусная технология рентгенографии и др.) не применялись в связи с отсутствием необходимого для их выполнения оборудования. В целом, ведомственный стандарт эндодонтического лечения соблюдался [5]. Следует также отметить, что при анализе ПМД, в том числе АКБ отмечено наличие большого количества дефектов их ведения, при сборе анамнеза, описании осмотра и результатов методов диагностики. Выявлены неполные записи при описании использованных методов лечения пульпита и периодонтита, а также рекомендаций, которые врачи давали пациентам.

Заключение. Проведенное клиническое исследование позволило уточнить используемые в практической стоматологии военно-медицинских организаций методы диагностики пульпита и периодонтита, которые врачи-стоматологи применяют при эндодонтическом лечении в условиях специализированного амбулаторно-

поликлинического учреждения. В основном врачи-стоматологи соблюдают ведомственный стандарт эндодонтического лечения. В то же время не всегда применяются простые, доступные и информативные методы диагностики (зондирование, пальпация, перкуссия и др.), а также современные методы рентгенологического исследования. Укомплектование специализированных стоматологических военно-медицинских учреждений современным оборудованием, инструментами и материалами, в том числе для рентгенологической диагностики и оценке лечения, терапии (стоматологический операционный микроскоп и др.) требует усовершенствования существующего ведомственного стандарта эндодонтического лечения.

Литература

1. Иорданишвили, А.К. Пульпиты: учебное пособие / А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский. – Санкт-Петербург : Нордмедиздат, 1999. – 84 с.
2. Иорданишвили, А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей / А.К. Иорданишвили. – Санкт-Петербург : Нордмедиздат, 2000. – 218 с.
3. Иорданишвили, А.К. Периодонтиты: учебное пособие / А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский. – Санкт-Петербург : Нордмедиздат, 2000. – 80 с.
4. Иорданишвили, А.К. Эндодонтия – плюс / А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский. – Санкт-Петербург : Нордмедиздат, 2001. – 164 с.
5. Иорданишвили, А.К. Особенности диагностики и лечения одонтогенной подкожной гранулемы / А.К. Иорданишвили // Стоматологический научно-образовательный журнал. – 2014. – № 3/4. – С. 15-19.
6. Иорданишвили, А.К. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения / А.К. Иорданишвили, В.В. Лобейко, В.В. Самсонов // Пародонтология. – 2015. – № 1 (74). – С.78-80.
7. Иорданишвили, А.К. Геронтостоматология / А.К. Иорданишвили. – Санкт-Петербург : Человек, 2015. – 214 с.

* * *

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Молоков В.Д., Галченко В.М., Галченко Л.И.
*ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Иркутск (Россия)
terstomirk@mail.ru*

Аннотация. Заболевания слизистой оболочки полости рта остаются важной проблемой стоматологии, так как их диагностика и лечение составляют значительные трудности. Результаты лечения напрямую зависят от возможности устранения этиологического фактора, воздействия на механизмы заболевания, используя близкофокусную терапию.

Ключевые слова: лейкоплакия, диагностика, близкофокусная терапия.

TREATMENT OF PATIENTS WITH PRECANCER DISEASES OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY

Molokov V.D., Galchenko V. M., Galchenko L.I.
*Irkutsk State Medical University, Irkutsk (Russia)
terstomirk@mail.ru*

Abstract. Precancerous diseases of the mucous membrane of the oral cavity remain the important problem of stomatology as their diagnostics and treatment make significant difficulties. Results of treatment directly depend on the opportunity of elimination of etiological factor and influence on disease mechanisms. It is possible to consider leukoplakia as consequence of formation of pathological system, using of short-distance radiation therapy.

Keywords: leukoplakia, diagnostics, short-distance radiation therapy

Актуальность. Проблема злокачественных новообразований в настоящее время привлекает пристальное внимание биологов, ботаников, генетиков и других исследователей, затрагивает много важных вопросов, связанных с изучением процессов роста и размножения всего живого, с развитием болезней [1, 2, 3]. Однако основное внимание все же уделяется взаимодействию опухоли с организмом и изучению опу-

холевой болезни. Онкология – учение об опухолях, предупреждении их роста и лечении. С общенаучной точки зрения дать определение, что такое опухоль, до сих пор никому не удалось. Проблема профилактики и лечения злокачественных новообразований в настоящее время является одной из ведущих в медицине. Это обусловлено возрастающими заболеваемостью и смертностью от злокачественных новообразований во всех странах мира [2].

Сейчас уже окончательно установлено, что возникновению злокачественных новообразований всегда предшествуют местные патологические состояния (заболевания), которые возникают на основе общих изменений организма. Термин «онкологическая настороженность» применяется в широком смысле, и она включает знание симптомов злокачественных опухолей на ранних стадиях, преканцерозов и их лечение, организацию онкологической помощи, сети лечебных учреждений и срочное направление больных с выясненным или подозреваемым патологическим процессом по назначению, тщательное обследование каждого больного, обратившегося к врачу любой специальности, с целью выявления возможного онкологического заболевания, привычку в трудных случаях диагностики думать о возможности атипичного или осложненного течения злокачественной опухоли [3, 4].

В последнее время в связи с ухудшением экологической обстановки, увеличением числа курильщиков, особенно среди женщин, резко возросло количество больных лейкоплакией. Она встречается у 13% больных с патологией слизистой оболочки полости рта [1].

Лейкоплакия – дистрофическое изменение слизистой оболочки, сопровождающееся ороговением эпителиального слоя. Развивается лейкоплакия на фоне слабого хронического воспаления, рассматривается как своеобразная защитная реакция на раздражение слизистой оболочки. Наиболее частой причиной лейкоплакии является курение, употребление горячей и острой пищи, спиртных напитков, неблагоприятное воздействие метеорологических и профессиональных факторов. Возникновению лейкоплакии способствуют заболевания ЖКТ, стрессовые ситуации, гормональные расстройства, генетическая предрасположенность. Однако исследования последних лет показали, что от 79 до 90% больных лейкоплакией злоупотребляли табаком [1, 2].

Лейкоплакия является факультативным предраком. Она может возникать на слизистой полости рта, щек, языка и красной каймы губ. Очаги могут быть одиночными и множественными, ограниченными и распространяющимися на большую площадь поверхности. Выделяют две клинические разновидности лейкоплакии. Одна – в виде плоских гладких очагов беловатого цвета без явления воспаления. Другая – в виде бородавчатых ороговевающих разрастаний с трещинами, эрозиями или язвами. Эта разновидность называется лейкокератозом [2].

В современном мире имеются различные методы диагностики заболевания СОПР, способные выявлять как предраковые, так и раковые состояния клеток, получившие научное и клиническое признание. Основным методом именно дифференциальной диагностики, безусловно, является гистологический, в частности, микроскопия биоптата.

Предраковые состояния имеют своеобразную морфологическую картину, которым свойственны: гиперплазия эпителия (чрезмерное разрастание клеток покровного или железистого эпителия); увеличение количества митозов (клеток фазе деления); появление клеточной атипии (клеток с изменой формой); гиперкератоз (усиление ороговения эпителия) [1, 2].

Лечение любых форм лейкоплакии должно быть комплексным. В первую очередь, должна быть проведена санация полости рта и устранение раздражающего фактора, оказывающие травматическое воздействие на ротовую полость. Подобные мероприятия включают в себя: отказ от курения, удаление из полости рта протезов и металлических пломб, правильное питание. Поскольку лейкоплакия рта может вызываться эндогенными факторами, пациентов тщательно исследуют на предмет выявления соматических заболеваний, в частности патологий ЖКТ. Также лейкоплакия полости рта, лечение которой осуществляется в комплексе, требует обследования у дерматолога, эндокринолога, онколога и терапевта [1, 2].

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе терапевтического отделения стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. За последние годы на кафедру терапевтической стоматологии обратилось 30 человек с различными формами лейко-

плакии. Из них 12 мужчин и 18 женщин в возрасте от 40 до 62 лет. Все пациенты злостные курильщики. Из 18 женщин у 11 диагностирована бородавчатая форма, у 4 – с признаками малигнизации. Все больные взяты на диспансерный учет, проведено полное обследование для выявления сопутствующих соматических заболеваний, проведена полная санация полости рта, рациональное протезирование.

Результаты исследования. Наблюдения последних лет показали, что у женщин простая форма лейкоплакии быстро переходит в бородавчатую и трудно поддается лечению, даже полный отказ от курения на долгое время не приводит к положительному результату.

Больным назначался прием препаратов общего воздействия – витамины группы А и В. Витамин А назначался внутрь 3 раза в день. Курс лечения длился 1-2 месяцев. Витамин В принимали внутрь (20-30 мг в сутки), либо внутримышечно (1-2 мл) в виде 6% раствора бромистого тиамин. Обоснован и прием препаратов седативной группы: микстура Кватера, настойки пустырника, корня валерианы и транквилизаторов. Какие-либо прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают слизистую и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

При этом больным с лейкокератозом проводилась близкофокусная рентгенотерапия, которая является наиболее доступным и широко распространенным методом лечения предраковых заболеваний. Под воздействием рентгеновского излучения восстанавливается нарушенный обмен веществ эпидермальных клеток и стимулируется регенерация, нормализуется трофика тканей. Это приводит к нормализации функциональных состояний слизистой и улучшению клинических проявлений. При лейкокератозе разовая доза излучения 5 Гр, суммарная 40 Гр. Облучение ежедневно. На время лучевого лечения и в течение примерно 2 месяцев после него отменяются все тепловые процедуры, физиотерапевтическое лечение и применение раздражающих мазей и т.п. [3, 4, 5].

Заключение. Наш многолетний опыт диспансеризации больных с предраковыми заболеваниями полости рта показал, что правильная организация диспансеризации способствует раннему выявлению больных предраком слизистой оболочки полости рта, полноценному эффективному лечению, предупреждению развития рака.

Литература

1. Лангле, Р.П. Атлас заболеваний полости рта / Р.П. Лангле, К.С. Миллер ; под ред. Л. А. Дмитриевой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224 с.
2. Ласкарис, Дж. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта : рук. для врачей / под ред. И.М. Рабиновича. – Москва : МИА, 2006. – 300 с.
3. Кишковский, А.Н. Лучевая терапия неопухолевых заболеваний / А.Н. Кишковский, А.Л. Дударев. – Москва : Медицина, 1977. – 176 с.
4. Переслегин, И.А. Клиническая радиология / И.А. Переслегин, Ю.Х Саркисян. – Москва : Медицина, 1973. – 456 с.
5. Рудерман, А.И. Близкофокусная рентгенотерапия. – Москва : Медицина, 1968. – 234 с.

* * *

УДК 616.716.4-001.5-089.84

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

Бельских О.А.** , Иорданишвили А.К.* , Тишков Д.С.*** ,
Карев Ф.А.** , Либих Д.А.***

*ГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург, (Россия)

**ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»,
г. Санкт-Петербург (Россия)

***ГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,
г. Курск (Россия)

E-mail: mdgrey@bk.ru

Аннотация. В работе изучены особенности функционирования слизистой оболочки полости рта и языка у взрослых людей, страдающих хроническими заболеваниями почек, кишечника и эндокринной патологией с применением эстезиометрии и электрогустоматрии. Показано, что полученные сведения о функциональных изменениях слизистой оболочки полости рта и языка при некоторых заболеваниях внутренних органов и систем взрослых людей целесообразно учитывать при проведении стоматологического лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта, а также при лечении сопутствующей коморбидной патологии.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, хронические воспалительные заболевания кишечника, сахарный диабет, гемодиализ, вкусовая чувствительность, болевая чувствительность.

CLINICAL-FUNCTIONAL CHARACTERISTIC OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY AND TONGUE IN DISEASES OF INTERNAL ORGANS AND SYSTEMS OF THE ORGANISM

Belskykh O. A.**, Iordanishvily A.K.*, Tishkov D.S.***,
Karev F.A.**, Libikh D. A.***

**North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
St. Petersburg (Russia)*

***Military Medical College named after S. M. Kirov, St. Petersburg (Russia)*

****Kursk State Medical University, Kursk (Russia)*

E-mail: mdgrey@bk.ru

Abstract. The work studied features of functioning of an oral cavity mucosa and tongue among adults having chronic diseases of kidneys, intestine and endocrine pathology with use of esthesiometry and electrogustometry. The received data on functional changes of oral cavity mucosa and tongue indicated on some diseases of internal organs and systems of adults. It should be taken into account when carrying dental treatment of the oral cavity mucosa diseases and also in treatment of the accompanying comorbide pathology.

Keywords: chronic illness of kidneys, chronic inflammatory diseases of intestine, diabetes mellitus, hemodialysis, gustatory sensitivity, painful sensitivity.

Введение. Известна тесная морфофункциональная связь заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и языка (СОПРГиЯ) с патологией внутренних органов и систем организма человека [1]. Исследованиями различных авторов установлено, что к появлению морфологических признаков преждевременного старения слизистой оболочки полости рта, губ и языка приводят тяжелая соматическая патология в анамнезе (сердечно-сосудистая патология, злокачественные новообразования, заболевания желудочно-кишечного тракта) и алкогольная или лекарственная интоксикация. Так, толщина эпителиального слоя слизистой оболочки полости рта (СОПР) у умерших от онкологических заболеваний различных органов достоверно ниже в 2-3 раза, а частота встречаемости воспалительных изменений в 4 раза больше, чем при

других видах патологии в аналогичных возрастных группах [2, 3, 6]. Интересно заметить, что наличие некрозов собственной пластинки СОПР отмечается у лиц, страдавших хроническим алкоголизмом, независимо от основной причины их смерти. Эти некрозы обычно имеют нейротрофическую природу, так как выявлены морфологические признаки алкогольной полиневропатии [6].

Таким образом, в настоящее время хорошо изучены анатомо-физиологические особенности эпителия полости рта, особенности эпителия отдельных участков полости рта, а также некоторые физиологические свойства эпителия, обменные процессы и возрастные изменения эпителия полости рта. У лиц, страдающих хроническими заболеваниями почек, кишечника и эндокринной патологией, как описано в ряде отечественных и зарубежных публикаций, меняются твёрдые ткани зубов, пульпы и пародонта [4, 5]. В литературе имеются лишь единичные исследования, посвящённые изучению клинико-функционального состояния СОПР у взрослых людей различного возраста с учетом их соматических заболеваний [3]. Это и послужило причиной для проведения настоящего клинико-физиологического исследования.

Цель исследования. Изучить особенности функционирования слизистой оболочки полости рта и языка у взрослых людей, страдающих хроническими заболеваниями почек, кишечника и эндокринной патологией, с применением современных объективных методов клинического исследования.

Материалы и методы исследования. Для изучения физиологических особенностей функционирования слизистой оболочки полости рта и языка были обследованы 21 практически здоровый мужчина (контрольная группа) и 238 мужчин среднего возраста (от 35 до 59 лет), которые в течение трёх лет и более страдали различными хроническими заболеваниями почек, кишечника, а также эндокринной патологией.

Заболевания внутренних органов и систем организма были верифицированы ранее врачами-интернистами. Среди обследованных пациентов 140 человек страдали хронической болезнью почек (43 – хроническим пиелонефритом, 35 – хроническим гломерулонефритом, 33 – хронической почечной недостаточностью (ХПН, но не находились на гемодиализе и 29 человек – ХПН, которые находились на гемодиализе), 77

человек – хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (42 человека – хроническим неспецифическим язвенным колитом и 35 человек – болезнью Крона) и 21 человек – сахарным диабетом 2 типа.

Для изучения функциональных изменений состояния слизистой оболочки полости рта и языка использовали методы исследования болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта (эстезиометрия), определения порога вкусовой чувствительности языка, исследование порога возбуждения вкусовых анализаторов языка постоянным микротоком (электрогустометрия). Для определения порога болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта использовали эстезиометр конструкции ЦНИИ «Электроприбор» (диаметром щупа – 1 мм). Порог болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта определяли в области переходной складки на уровне 2.1 и 2.2 зубов.

Исследование порога возбуждения вкусовых анализаторов языка выполнено с помощью следующих методик: 1 – нанесение с помощью микропипетки на область вкусовых сосочков языка растворов глюкозы, поваренной соли, солянокислого хинина и соляной кислоты с регистрацией минимальных концентраций, так называемая методика капельных раздражений; 2 – раздражение вкусовых рецепторов (грибовидные сосочки) постоянным микротоком от стоматологического аппарата для гальванизации (при диаметре электрода – 1 мм) с регистрацией минимальной силы тока.

Полученные в ходе исследования цифровые показатели вносили в базу данных, созданную в программе «Microsoft Access». Статистическую обработку произвели с применением программы «Statistica for Windows» версии 7.0. Применяли методику определения числовых характеристик переменных; сравнение двух независимых выборок и многофакторный корреляционный анализ. При статистической обработке полученных результатов использовали стандартизацию показателей, оценивали относительную интенсивность явлений и показатели динамических рядов, определяли достоверность результатов. Достоверным признавалось различие при критерии достоверности (t) не менее 2, что соответствует безошибочному прогнозу в 95,5% и вероятности ошибки не более 0,05.

Результаты исследования. Изучение порога болевой чувствительности у людей контрольной группы показало, что достоверных различий в зависимости от стороны (справа, слева) изучения данного показателя не установлено ($p \geq 0,05$). В среднем у здоровых людей среднего возраста показатели эстезиометрии слизистой оболочки полости рта составили $30,21 \pm 1,60$ г/мм². При обследовании людей среднего возраста, страдающих хроническим пиелонефритом (ХП) и хроническим гломерулонефритом (ХГ), не выявлено достоверных различий средней величины исследованного показателя по сравнению с аналогичным в контрольной группе ($p \geq 0,05$). Средние значения показателей эстезиометрии у больных, страдающих ХП и ХГ, составили, соответственно, $31,46 \pm 1,73$ г/мм² и $32,44 \pm 1,75$ г/мм². У пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью (ХПН), независимо от использования гемодиализа, а также у пациентов, страдающих хроническим неспецифическим язвенным колитом (ХНЯК) и болезнью Крона (БК), а также сахарным диабетом (СД), показатели эстезиометрии слизистой оболочки полости рта были достоверно выше на 5-11 г/мм² ($p \leq 0,05$), чем у лиц контрольной группы. Очевидно, что в основе нарушения болевой чувствительности СОПР при хронических заболеваниях почек, кишечника, а также эндокринной патологии лежат морфологические изменения в нервном аппарате. Имеются морфологические исследования, показывающие, что при тяжёлой и длительно протекающей патологии внутренних органов и систем организма возможно выявление умеренно выраженных дистрофических и дегенеративных изменений мелких нервов СОПР, проявляющиеся в дезорганизации миелина, полной демиелинизации части аксонов, иногда некроза периневрия, а также вакуолизации аксоплазмы [1, 5, 6].

Вкусовые раздражения воспринимаются вкусовыми луковицами, представляющими собой рецепторный аппарат вкусового анализатора. Вкусовые луковицы располагаются в слизистой оболочке полости рта, занимают почти всю толщу многослойного эпителия, открываются на поверхности эпителия вкусовой порой, а также в сосочках языка, слизистой оболочке мягкого неба, передней поверхности надгортанника, задней стенке глотки и миндалин [5]. В середине передней части спин-

ки языка расположены только нитевидные сосочки, которые не содержат вкусовых луковиц. Известно, что сладкое лучше воспринимается кончиком языка, где расположены грибовидные сосочки, соленое и кислое – боковыми поверхностями языка, горькое – дистальной третью языка, где расположены валикообразные сосочки [6]. Исходя из этих рекомендаций изучали состояние вкусовой чувствительности у здоровых мужчин среднего возраста и мужчин этой же возрастной группы, страдающих хроническими заболеваниями почек, кишечника и СД.

В ходе определения порога вкусовой чувствительности языка (ПВЧЯ) отметили, что у здоровых людей среднего возраста установленные ПВЧЯ были в пределах нормы, несмотря на то, что у некоторых из них выявлялись различные отклонения от нормы со стороны языка: отечность, налет, очаговая или диффузная десквамация эпителия спинки языка, что могло бы препятствовать нормальному контакту растворов-раздражителей с вкусовыми окончаниями языка [7]. У всех обследованных людей, страдающих ХПН, а также заболеваниями кишечника и СД, отмечено повышение ПВЧЯ на все виды раздражителей (сладкое, солёное, кислое и горькое), что можно объяснить дистрофическими изменениями эпителия языка и вкусовых луковиц [5], которые произошли на фоне длительно и тяжело протекающей патологии внутренних органов и систем организма, что наблюдается при ХПН, СД, БК и ХНЯК. Достоверных различий в показателях ПВЧЯ у людей, страдающих ХП и ХГ, не установлено ($p \geq 0,05$). Нами также не получено статистически достоверных различий показателей ПВЧЯ у людей, страдающих СД, при нормальном содержании глюкозы крови, что согласуется с результатами ранее проведенных исследований [6], при которых было показано, что даже эффективная фармакотерапия не влияет на изменение ПВЧЯ у таких больных. Так, у больных СД средние значения ПВЧЯ были следующими: на сладкое – $2,58 \pm 0,16\%$; на соленое – $2,47 \pm 0,13\%$; на кислое – $2,48 \pm 0,19\%$ и на горькое – $0,0005 \pm 0,00006\%$. Следует отметить, что при клиническом обследовании у больных сахарным диабетом выявлялась сухость и гиперемия слизистой оболочки полости рта и языка. Повышение ПВЧЯ у этих больных, по-видимому, играет роль в возникновении сухости в полости рта за счет снижения

вкусового – слюносекреторного рефлекса, так как качество и интенсивность вкусовых ощущений в значительной мере влияют на количество и качество рефлекторной слюны [3].

Изучение порога возбуждения вкусовых анализаторов языка у людей контрольной группы позволило установить средние значения электрогустометрии, которые характерны для здоровых мужчин среднего возраста. У них средний показатель электрогустометрии составил $0,35 \pm 0,02$ мкА. При обследовании мужчин среднего возраста, страдающих ХП и ХГ, не выявлено достоверных различий ($p \geq 0,05$) при сравнении средних значений показателей электрогустометрии по сравнению с аналогичным в контрольной группе. Средние значения показателей электрогустометрии у больных, страдающих ХП и ХГ, составили, соответственно, $0,34 \pm 0,03$ мкА и $0,35 \pm 0,02$ мкА. У пациентов, страдающих ХПН, независимо от использования гемодиализа, а также у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями кишечника и СД, показатели электрогустометрии были достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем у лиц контрольной группы. Так, у больных, страдающих ХНЯК и БК, а также СД, показатели электрогустометрии составили, соответственно, $0,44 \pm 0,04$ мкА, $0,51 \pm 0,05$ мкА и $0,63 \pm 0,12$ мкА. При ХПН показатели электрогустометрии у людей среднего возраста, не находящихся на гемодиализе, составили $0,73 \pm 0,09$ мкА и $0,88 \pm 0,11$ мкА – у лиц, страдающих ХПН и находящихся на гемодиализе. Очевидно, такие изменения вкусовой чувствительности языка у обследуемых лиц, страдающих различными заболеваниями внутренних органов и систем организма, также обусловлены наличием у них полиневропатии, которая встречается практически у всех пациентов, страдающих ХПН и СД.

Исследование показало, что нахождение пациентов, страдающих ХПН, на гемодиализе практически не приводит к улучшению исследованных показателей болевой чувствительности СОПР, а также вкусовой чувствительности языка, что, очевидно, связано с глубокими морфологическими изменениями, происходящими при системном поражении нервной ткани при длительно и тяжело протекающей патологии внутренних органов, в частности ХПН, ХНЯК, БК и СД.

В основе нарушения болевой чувствительности СОПР при хронических заболеваниях почек, кишечника, а также эндокринной патологии лежат морфологические изменения в нервном аппарате. Имеются морфологические исследования, показывающие, что при тяжёлой и длительно протекающей патологии внутренних органов и систем организма возможно выявление умеренно выраженных дистрофических и дегенеративных изменений мелких нервов СОПР, проявляющихся в дезорганизации миелина, полной демиелинизации части аксонов, а также вакуолизации аксоплазмы [1].

Вывод. Таким образом, в ходе проведенного клинического исследования было установлено, что у людей, страдающих хронической почечной недостаточностью, а также хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями кишечника и сахарным диабетом 2 типа, повышается порог болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта, а также вкусовой чувствительности языка и показатели электрогустометрии. Выявленные в ходе исследования особенности функционирования слизистой оболочки полости рта и языка при хронических заболеваниях почек, кишечника и эндокринной патологии, очевидно, обуславливаются дистрофическими и дегенеративными изменениями мелких нервов слизистой оболочки полости рта и языка. Установлено, что нахождение пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, на гемодиализе, практически не приводит к улучшению исследованных показателей болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта, а также вкусовой чувствительности языка, что, вероятно, связано с глубокими морфологическими изменениями, происходящими при системном поражении нервной ткани при длительно и тяжело протекающей патологии внутренних органов. Показано, что эффективная фармакотерапия при сахарном диабете 2 типа не влияет на изменение показателей вкусовой чувствительности языка, эстезиометрии и электрогустометрии, а повышение порога вкусовой чувствительности языка у этих больных играет важную роль в возникновении сухости в полости рта за счет снижения вкусового – слюносекреторного рефлекса. Полученные сведения о функциональных изменениях слизистой оболочки полости рта и языка

при некоторых заболеваниях внутренних органов и систем взрослых людей необходимо учитывать при проведении стоматологического лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта, а также при лечении сопутствующей коморбидной патологии.

Литература

1. Возрастные изменения и заболевания слизистой оболочки полости рта / О.А. Копыл, О.А. Гайкова, О.А. Гриненко [и др.]. – Санкт-Петербург : СПбГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», 2011. – 160 с.
2. Иорданишвили, А.К. Стоматологическая заболеваемость среди взрослого населения Нижегородской области / А.К. Иорданишвили // Нижегородский медицинский журнал. – 1991. – № 2. – С. 39.
3. Иорданишвили, А.К. Новые патогенетические аспекты лечения пародонтита и пародонтоза / А.К. Иорданишвили // Клиническая стоматология: официальная и интегративная : руководство для врачей. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2008. – С. 136-147.
4. Иорданишвили, А.К. Анализ лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях слюнных желез в условиях многопрофильного стационара / А.К. Иорданишвили, В.В. Лобейко, Л.А. Подберезкина // Кафедра. Стоматологическое образование. – 2014. – №50. – С. 52-54.
5. Иорданишвили, А.К. Геронтостоматология / А.К. Иорданишвили. – Санкт-Петербург : Человек, 2015. – 240 с.
6. Иорданишвили, А.К. Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата / А.К. Иорданишвили. – Санкт-Петербург : Человек, 2015. – 140 с.
7. Куприянов, Ю.А. Изменение порогов вкусовой чувствительности в процессе фармакотерапии у больных сахарным диабетом и заболеваниями пищеварительного тракта / Ю.А. Куприянов, А.К. Иорданишвили // Проблемы фармакологической регуляции патологических процессов. – Ленинград : Изд-во Первого ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, 1985. – С.38-40.

* * *

КЛИНОВИДНЫЕ ДЕФЕКТЫ ЗУБОВ И ИХ ВСТРЕЧАЕМОСТЬ У ЛИЦ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ

Иорданишвили А.К.*, Рыжак Г.А.**, Черный Д.А.**

**ГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург (Россия)*

***Институт биорегуляции и геронтологии, г. Санкт-Петербург (Россия)*

E-mail: mdgrey@bk.ru

Аннотация. В работе представлены данные эпидемиологического исследования распространенности клиновидных дефектов твердых тканей зубов у взрослых людей разных возрастных групп. Установлено, что клиновидными дефектами твердых тканей зубов страдали 1319 (19,33%) человек, в том числе 697 (20,41%) мужчин и 622 (18,25%) женщины. Представлены сведения клинического течения клиновидных поражений твердых тканей зубов у обследованных взрослых.

Ключевые слова: клиновидные дефекты твердых тканей зуба, некариозные поражения зубов, возрастные особенности, особенности клинического течения, взрослый человек.

WEDGE-SHAPED DEFECTS OF TEETH AND THEIR OCCURRENCE IN PEOPLE OF THE NORTHWEST REGION OF RUSSIA

Iordanishvily A.K.*, Ryzhak G. A.**, Cherny D. A.**

**North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,*

***Institute of Bioregulation and Gerontology, St. Petersburg (Russia)*

E-mail: mdgrey@bk.ru

Abstract. The work presents data of epidemiological research on studying of prevalence of wedge-shaped defects of firm tissues of teeth among 6823 adults of different age groups. It was established that 1319 people (19,33%) had wedge-shaped defect of firm tissues of teeth, including 697 (20,41%) males and 622 (18,25%) females. Data of clinical current of wedge-shaped defects of firm tissues of teeth among adults of different age groups were submitted.

Keywords: wedge-shaped defects of firm tissues of tooth, not carious lesions of teeth, age features, features of clinical current, adult.

Введение. Помимо кариеса зубов, наиболее распространенной патологии зубов, имеется другая разнообразная патология твердых тканей – некариозные поражения зубов [1, 5, 6]. Некоторые из этих патологических процессов и заболеваний (повышенное стирание зубов, флюороз, травмы) достаточно подробно изучены [1, 2, 5]. Разработаны методы их профилактики и лечения [3, 4]. В возникновении же некоторых других нозологических форм поражений твердых тканей зубов ещё много неясного, как в отношении их этиопатогенеза, так и методов профилактики и лечения [2, 5, 6]. Одной из таких заболеваний твердых тканей зуба являются клиновидные дефекты зубов. До сих пор разноречивы сведения о распространенности этой патологии твердых тканей зубов среди взрослых людей разных возрастных групп. Нет сведений об особенностях клинического течения клиновидных дефектов зубов у людей пожилого и старческого возраста.

Цель исследования. Изучить распространенность клиновидных дефектов твердых тканей зуба у взрослых людей разных возрастных групп и выявить особенности течения указанной патологии у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования. Для определения частоты встречаемости и особенностей клинического течения клиновидных дефектов твердых тканей зубов у людей пожилого и старческого возраста проведено углубленное стоматологическое обследование 6823 (3415 (50,05%) мужчин и 3408 (49,95%) женщин) человек в возрасте от 22 до 87 лет, которых разделили на 4 группы: молодого возраста – от 22 до 39 лет; среднего возраста – от 40 до 59 лет; пожилого возраста – от 60 до 74 лет; старческого возраста – от 75 до 87 лет.

При клиническом обследовании проводили опрос пациентов, выясняли анамнез жизни и общего статуса, профессиональных особенностей работы пациентов, а также их жалобы на состояние зубов и жевательного аппарата в целом. Проводили осмотр внешнего вида лица пациента и полости рта с применением стоматологического зеркала и зонда. При наличии у пациента некариозных поражений выясняли состояние внутренних органов и систем организма на основании анамнеза и представляемых пациентами медицинских документов от врачей-

интернистов. При изучении клиновидных дефектов зубов оценивали их распространенность у каждого человека (единичные, множественные), а также учитывали стадию развития этой патологии: начальную, поверхностную, среднюю и глубокую стадии этого патологического процесса твердых тканей зуба, а также фазы обострения и стабилизации клиновидного дефекта [Фёдоров Ю.А., Дрожжина В.А., 2010]. Частоту встречаемости клиновидных дефектов твердых тканей зубов у людей разных возрастных групп определяли в процентах.

Результаты исследования. Анализ распространенности клиновидных дефектов зубов у людей молодого и среднего возраста показал, что в молодом возрасте клиновидные дефекты были выявлены у 129 человек из 1831 осмотренного этой возрастной группы и встречались в 9,78% случаев из 1319 человек разных возрастных групп, страдающих данной патологией. Клиновидные дефекты в молодом возрасте отмечены у 76 (7,5%) мужчин и 53 (6,48%) женщин. Чаще в молодом возрасте выявляли единичные клиновидные дефекты. Единичные клиновидные дефекты зубов в количестве 2-3 диагностированы у 120 (93,02%) человек молодого возраста, в том числе у 71 (93,42) мужчины и 49 (92,45%) женщин этой возрастной группы. В молодом возрасте редко диагностировали множественные клиновидные дефекты (4 дефекта и более), которые были выявлены у 9 (6,98%) человек этой возрастной группы, 5 (6,58%) мужчин и 4 (7,55%) женщин. В молодом возрасте также редко устанавливали фазу обострения этой патологии, которая характеризовалась быстрой убылью твердых тканей зуба, происходившей в течение 2-3 месяцев при наличии гиперестезии твердых тканей пораженных зубов. Фаза обострения этой патологии была диагностирована у 6 (4,65%) человек, 3 (3,95%) мужчин и 3 (5,66%) женщин. У остальных людей (123 (95,35%) человека, 73 (96,05%) мужчин и 50 (94,34%) женщин), страдающих клиновидными дефектами твердых тканей зубов, была выявлена фаза стабилизации, которая характеризовалась медленным развитием клиновидных дефектов при умеренно выраженной гиперестезии твердых тканей или её отсутствию.

Стадия начальных проявлений клиновидных дефектов в молодом возрасте отмечена у 5 (3,88%) человек, 3 (3,95%) мужчин и 2 (3,77%)

женщин. Наиболее часто диагностировали стадию поверхностных клиновидных дефектов (2-я стадия), которая была установлена у 117 (90,69%) человек, а именно у 69 (90,79%) мужчин и 48 (90,57%) женщин этой возрастной группы. В этой стадии клиновидные дефекты обычно имели щелевидную форму при глубине до 0,5 мм и длине стороны дефекта до 3-3,5 мм, при характерном повреждении эмали зуба. Средние клиновидные дефекты в молодом возрасте выявлялись редко, в 5,43% (7 человек) случаев, 4 (5,26%) мужчин и 3 (5,66%) женщин, и характеризовались дефектом, ограниченным двумя плоскостями, расположенными друг к другу под углом 40-45 градусов при глубине дефекта 1-1,2 мм и длине стороны дефекта до 4 мм. Глубоких клиновидных дефектов у людей молодого возраста нами не выявлено.

В среднем возрасте клиновидные дефекты твердых тканей зубов были выявлены у 548 человек из 2012 осмотренных этой возрастной группы и встречались в 41,55% случаев из 1319 человек разных возрастных групп, страдающих данной патологией. В среднем возрасте клиновидные дефекты были диагностированы у 298 (27,41%) мужчин и 250 (22,94%) женщин. Практически с одинаковой частотой у людей средней возрастной группы встречались единичные и множественные клиновидные дефекты независимо от пола. Так, единичные клиновидные дефекты встречались в среднем возрасте в 19,94% (263 человека) случаев, в том числе у 145 (48,66%) мужчин и 118 (47,2%) женщин. Множественные клиновидные дефекты были выявлены у 285 (21,61%) человек, в том числе у 153 (51,34%) мужчин и 132 (52,8%) женщин. При этом в среднем возрасте фаза обострения патологии диагностировалась реже, чем в молодом возрасте, а именно была выявлена у 3 (0,55%) человек, 2 (0,68%) мужчин и 1 (0,4%) женщины этой возрастной группы. У остальных людей среднего возраста, страдающих клиновидными дефектами зубов (545 (99,45%) человек, 296 (99,32%) мужчин и 249 (99,6%) женщин) была выявлена стабилизированная фаза течения этой патологии.

Стадия начальных проявлений (1-я стадия) клиновидных дефектов в среднем возрасте отмечена у 1 (0,18%) человека, мужчины (0,34%). Наиболее часто у людей среднего возраста диагностировали стадию по-

верхностных клиновидных дефектов (2-я стадия), которая была установлена у 370 (67,52%) человек, а именно у 169 (56,71%) мужчин и 201 (80,4%) женщины. В этой стадии клиновидные дефекты, как и у людей молодого возраста, обычно имели щелевидную форму при характерном повреждении эмали зуба. Средние клиновидные дефекты в среднем возрасте значительно чаще, чем в молодом возрасте, а именно в 29,38% (161 человек) случаев, в том числе у 119 (39,93%) мужчин и 42 (16,8%) женщин, и также характеризовались дефектом, ограниченным двумя плоскостями, располагающимися к друг к другу под острым углом. У 16 (2,92%) человек среднего возраста, 9 (3,02%) мужчин и 7 (2,8%) женщин, выявлены глубокие клиновидные дефекты, для которых было характерно поражение патологическим процессом глубоких слоев дентина зуба при сохранении блестящих и гладких краев дефекта.

В среднем возрасте отмечено развитие кариеса на клиновидных дефектах у 3 (1,01%) мужчин и 2 (0,08%) женщин, что связывали с неудовлетворительной гигиеной полости рта. В молодом возрасте развития кариеса на клиновидных дефектах не встречали.

У людей молодого и среднего возраста клиновидные дефекты обычно поражали щечные поверхности премоляров, а также вестибулярные поверхности клыков, центральных и боковых резцов верхней, реже нижней челюсти. Поражения клиновидными дефектами оральной поверхности зубов в молодом и среднем возрасте не установлено. Повышенная чувствительность пораженного участка твердых тканей коронки зуба при клиновидном дефекте к внешним раздражителям у людей молодого и среднего возраста была характерна.

Анализ распространенности клиновидных дефектов зубов у людей пожилого и старческого возраста показал, что в пожилом возрасте клиновидные дефекты были выявлены у 451 человека из 737 осмотренных этой возрастной группы и встречались в 34,19% случаев из 1319 человек разных возрастных групп, страдающих данной патологией. Клиновидные дефекты в пожилом возрасте отмечены у 234 (29,58%) мужчин и 217 (22,94%) женщин. Чаще в пожилом возрасте выявляли множественные клиновидные дефекты, которые отмечены у 394 (29,87%) человек, в том числе 205 (87,61%) мужчин и 189 (97,1%) женщин. Единичные клиновидные дефекты зубов в количестве 2-3 в

пожилом возрасте встречались реже. Они диагностированы у 57 (4,32%) человек, в том числе 29 (12,39%) мужчин и 28 (12,9%) женщин. В пожилом возрасте также редко устанавливали фазу обострения этой патологии, которая характеризовалась быстрой убылью твердых тканей зуба при наличии гиперестезии твердых тканей пораженных зубов. Фаза обострения этой патологии была диагностирована лишь у 1 человека (0,22%), женщины (0,6%). У остальных пожилых людей (450 (99,54%) человек, 234 (100%) мужчины и 216 (99,54%) женщин), страдающих клиновидными дефектами твердых тканей зубов, была выявлена фаза стабилизации, которая характеризовалась медленным развитием клиновидных дефектов при умеренно выраженной гиперестезии твердых тканей или её отсутствии.

Стадия начальных проявлений клиновидных дефектов в пожилом возрасте не установлена. Редко у людей пожилого возраста встречалась поверхностно-щелевидная (2-я стадия) клиновидных дефектов, а именно у 28 (6,21%) человек, 15 (6,41%) мужчин и 13 (6,0%) женщин. Наиболее часто диагностировали в пожилом возрасте среднюю (третью) стадию клиновидных дефектов, которая диагностирована у 304 (67,41%) человек, в том числе у 154 (65,81%) мужчин и 150 (69,12%) женщин. По сравнению со средней возрастной группой, у людей пожилого возраста увеличилась распространенность глубоких клиновидных дефектов зубов, которые были выявлены у 119 (26,38%) человек, в том числе у 65 (27,78%) мужчин и 54 (24,88%) женщин.

В старческом возрасте клиновидные дефекты твердых тканей зубов выявлялись так же часто, как и в пожилом возрасте. Они были диагностированы у 191 человек из 1243 осмотренных этой возрастной группы и встречались в 14,48% случаев из 1319 человек разных возрастных групп, страдающих данной патологией. В старческом возрасте клиновидные дефекты были диагностированы у 89 (16,98%) мужчин и 102 (14,19%) женщин. При этом в старческом возрасте фаза обострения патологии не диагностировалась. Во всех случаях у людей старческого возраста, страдающих клиновидными дефектами зубов, была выявлена стабилизированная фаза течения этой патологии.

Стадия начальных проявлений (1-я стадия) клиновидных дефектов в старческом возрасте, как и у людей пожилого возраста, не выявлена.

Наиболее часто у старых людей диагностировали 3-ю и 4-ю стадии клиновидных дефектов: 3-ю стадию в 47,64% (91 человек) случаев, в том числе у 42 (47,19%) мужчин и 49 (48,04%) женщин; 4-ю стадию – в 50,79% (97 человек) случаев, в том числе у 46 (51,69%) мужчин и 51 (50,0%) женщины. Поверхностная форма (2-я стадия) клиновидных дефектов в старческом возрасте была выявлена только у 3 (1,57%) человек, в том числе у 1 (1,12%) мужчины и 2 (1,96%) женщин.

У людей пожилого и старческого клиновидные дефекты чаще поражали щечные поверхности премоляров, а также вестибулярные поверхности клыков, центральных и боковых резцов верхней, реже нижней челюсти. У 48 (8,86%) человек пожилого и старческого возраста клиновидными дефектами была поражена оральная поверхность зубов. При этом в пожилом и старческом возрасте реже встречалась повышенная чувствительность пораженного участка твердых тканей коронки зуба при клиновидном дефекте к внешним раздражителям, чем у людей молодого и среднего возраста.

Следует отметить, что у людей пожилого и старческого возраста чаще отмечено развитие кариеса на клиновидных дефектах, чем у людей среднего возраста. Так, в пожилом возрасте развитие кариеса на клиновидных дефектах выявлено у 19 (8,12%) мужчин и 17 (7,83%) женщин, а в старческом возрасте – у 9 (10,11%) мужчин и 5 (4,76%) женщин.

Заключение. Анализ данных клинического исследования показал, что клиновидными дефектами твердых тканей зубов страдали 1319 (19,33%) человек из 6823 осмотренных людей, в том числе 697 (20,41%) мужчин и 622 (18,25%) женщин. При этом у них была диагностировано обострение патологического процесса, а именно у 10 (0,08%) человек (5 (0,72%) мужчин и 5 (0,8%) женщин) или фаза стабилизации (1309 (99,02%) человек, у 692 (99,28%) мужчин и 617 (99,2%) женщин) клинического течения клиновидных дефектов зубов у взрослых людей разного возраста. Клиновидные дефекты 1-й (начальной) стадии выявлены у 6 (0,46%) человек (4 (0,57%) мужчин и 2 (0,32%) женщин) разного возраста. Поверхностные клиновидные дефекты (2-й стадии) выявлены – 518 (39,27%) человек разных возрастных групп, в том числе у 254 (36,44%) мужчин и 264 (42,44%) женщин. Средние (3-й стадии) клиновидные дефекты твердых тканей зуба были диагностированы у 563 (42,68%) человек разных возрастных групп, в том числе у 319

(45,77%) мужчин и 244 (39,23%) женщин. У взрослых пациентов разного возраста, страдающих глубокими клиновидными дефектами (4-й стадии), при которых были повреждены глубокие слои дентина, вплоть до коронковой полости зуба (232 (17,59%) человек, в том числе 120 (17,22%) мужчин и 112 (18,01%) женщин), требовались стоматологические лечебно-профилактические вмешательства, направленные на устранение убыли твердых тканей зубов, а также лечение гиперестезии, путем терапевтических стоматологических мероприятий или зубного протезирования.

Литература

1. Грошиков, М.И. Некариозные поражения зубов / М.И. Грошиков. – Москва : Медицина, 1985. – 176 с.
2. Иорданишвили, А.К. Заболевания эндодонта / А.К. Иорданишвили // Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта : руководство для врачей-стоматологов / [под ред. А.К. Иорданишвили]. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – С. 13-18.
3. Иорданишвили, А.К. Терапия глубоких кариозных поражений / А.К. Иорданишвили // Клиническая стоматология: руководство для врачей / [под ред. А.К. Иорданишвили]. – Москва : Медицинская книга, 2010. – С. 207-211.
4. Иорданишвили, А.К. Микропротезирование при кариозных поражениях / А.К. Иорданишвили // Клиническая стоматология: руководство для врачей / [под ред. А.К. Иорданишвили]. – Москва : Медицинская книга, 2010. – С. 221-228.
5. Федоров, Ю.А. Некариозные поражения зубов / Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина // Стоматология : учебник для медицинских вузов и поледиломной подготовки специалистов / [под ред. В.А. Козлова]. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2003. – С.101-156.
6. Федоров, Ю.А. Некариозные поражения зубов / Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина // Клиническая стоматология : руководство для врачей / [под ред. А.К. Иорданишвили]. – Москва : Медицинская книга, 2010. – С. 241-272.

* * *

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Бортновская Ю.В., Булгакова А.И., Васильева Н.А., Валеев И.В.
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
г. Уфа, (Россия)
E-mail: albina_bulgakova@mail.ru*

Аннотация. Проведена клиническая оценка применения лазеротерапии в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита. При этом установлено достоверное улучшение клинических показателей и индексной оценки уже через 4-5 дней после начала комплексного лечения. Большинство пациентов отмечало уменьшение отечности и кровоточивости десен, гноетечение из пародонтальных карманов. Субъективно лазерная терапия хорошо воспринималась больными, побочных эффектов не наблюдалось.

Ключевые слова: болезни пародонта, пародонтальный карман, кровоточивость десен, лазеротерапия.

RESULTS OF LASER THERAPY USE IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY PARODONTIUM DISEASES

Bortnovskaya J.V., Bulgakova A.I., Vasilieva N. A., Valeev I.V.
*Bashkir State Medical University, Ufa (Russia)
E-mail: albina_bulgakova@mail.ru*

Abstract. The clinical assessment of laser therapy application in complex treatment of chronic generalized periodontal disease has been carried out. At the same time reliable improvement of clinical indicators and index assessment has been established in 4-5 days after the beginning of complex treatment. Most patients noted reduction of puffiness and bleeding of gums, purulent discharge from dental pockets. Subjectively laser therapy was well perceived by sick, side effects weren't observed.

Keywords: parodontium diseases, dental pockets, bleeding of gums, laser therapy.

Актуальность. Проблема эффективного лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) среди населения земного шара по-прежнему сохраняет большую актуальность и практическую значимость в современной стоматологии [1, 2]. Это связано с высокой распространенностью данных патологических состояний, бессимптомным течением в начальных стадиях, прогрессированием и развитием в дальнейшем осложнений [2, 4, 5].

Существующие принципы терапии пародонтита предполагают комплексный подход, неотъемлемой частью которого является использование физических факторов, которые могут применяться на всех стадиях заболевания с целью воздействия на отдельные патогенетические звенья и для симптоматического лечения [3].

В настоящее время показания к применению физических факторов расширены, благодаря активному изучению тонких механизмов физиологического действия, что позволяет назначать их дифференцированно на различных этапах проводимой терапии [5]. Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует эффективности качества лечения больных, сокращает время подготовки пациента к хирургическим вмешательствам, уменьшает частоту рецидивов, вызывая стабилизацию процесса в пародонте и удлинение периодов ремиссии [1].

При воспалительных процессах лазер усиливает продукцию защитных белков (лизоцим, интерферон), активирует иммунную систему, тем самым воздействуя на неспецифическую реактивность организма и повышая его защитные реакции. Лазерное излучение активирует регенеративную способность тканей, оказывает десенсибилизирующее и антиаллергическое действие. На современном стоматологическом рынке представлено большое количество лазерных аппаратов как отечественного, так и зарубежного производства. Уникальной разработкой российских учёных является лазерный полупроводниковый прибор «Оптодан» (НИИ «Волга», Саратов).

Целью настоящего исследования является клиническая оценка эффективности применения лазеротерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 100 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет и более (41 мужчина и 59 женщин) с ВЗП. Из них 27 больным был поставлен диагноз хронический катаральный гингивит, 22 – хронический генерализованный пародонтит (ХГП) 1 степени, 30 – ХГП 2 степени, 21 – ХГП 3 степени. Обследование проводилось в стоматологической клинике «САНОДЕНТ» г. Уфа.

Результаты регистрировались в специально разработанных картах, в которых фиксировались жалобы, анамнез, сопутствующие заболевания, местный статус, клинические индексы, субъективные ощущения. Комплексное лечение ВЗП проводили по общепринятым схемам, включающим общую и местную терапию, которая включала снятие над- и поддесневых зубных отложений, избирательное шлифование зубов, иммобилизацию подвижных зубов путем шинирования. Проводилось восстановление окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений зубов и зубных рядов. По показаниям назначалась лекарственная терапия. Хирургическое лечение включало кюретаж пародонтальных карманов, лоскутные операции. Лазерную терапию осуществляли с помощью аппарата «Оптодан» в зависимости от выраженности воспалительных реакций использовали частотный режим I, 5-7 процедур ежедневно до исчезновения воспалительных явлений. Экспозиция – 2 мин. на поле. На втором этапе для стимуляции микроциркуляции, метаболизма и регенерации тканей пародонта проводили, используя частотный режим II, 6-8 процедур ежедневно. Экспозиция – 2 мин. на поле.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали на основании динамического клинического наблюдения. Анализируя полученные данные, можно отметить достоверное улучшение клинических показателей и индексной оценки уже через 4-5 дней после начала комплексного лечения во всех группах. Большинство пациентов (98 %) отмечало уменьшение отека десен и кровоточивости десен, гноетечение из пародонтальных карманов. Субъективно лазерная терапия хорошо воспринималась больными, побочных эффектов не наблюдалось.

Заключение. Данные проведенного исследования характеризуют о том, что методика лазеротерапии имеет высокий уровень лечебной эффективности и отсутствие побочных эффектов и она может применяться как альтернативный способ в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Литература

1. Грачева, Е.В. Фотодинамическая терапия. Обзор современных методик лечения заболеваний пародонта / Е.В. Грачева, Е.А. Гриценко // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т.3. – №2. – С.358-360.
2. Горбатова, А.С. Роль и место феномена повреждения в патогенезе заболеваний пародонта / А.С. Горбатова // Пародонтология. – 2003. – №4. – С.19-20.
3. Грудянов, А.И. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, В.В. Овчинникова. – Москва : Мединформагентство МИА, 2007. – 79 с.
4. Грудянов, А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2009. – 336 с.
5. Иванова, Е.В. Применение ультразвука в терапевтической стоматологии / Е.В. Иванова, В.С. Иванов, П.В. Почивалин [и др.] // Новое в стоматологии. – 2009. – №5. – С. 45-47.

* * *

РАЗДЕЛ III

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.716.4-001.5 (470-18)

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ВОСТОКА РОССИИ

Терентьева З.В.***, Ушницкий И.Д.*, Ширко О.И.***,
Егорова Л.И.***, Боярская С.И.*

**ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*

***ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №2 –
Центр экстренной медицинской помощи», Якутск (Россия)*

E-mail:evenstar@list.ru

Аннотация. Проведенные клинические и социальные исследования больных с переломами нижней челюсти, проживающих в Республике Саха (Якутия), выявили их определенные особенности. При этом отмечается тенденция роста показателей травматических повреждений нижней челюсти. Часто выявляются односторонние переломы, а по локализации в области угла нижней челюсти и далее идут переломы суставного отростка и тела. Основными этиологическими факторами являются уличный и бытовой травматизм. Максимальное количество переломов нижней челюсти определялось в летний период, а в зимнее время их число минимизируется. В структуре повреждений основную часть составляют городские жители. У большинства обследованных определяется позднее обращение в лечебно-профилактические учреждения, позже чем через 24 часа. По этнической принадлежности пострадавших с травмами нижней челюсти преобладают якуты и русские. Значительная часть больных на момент прохождения стационарного лечения были временно неработающими. Полученные результаты диктуют необходимость разработки и внедрения комплексной медико-социальной программы по профилактике травматизма населения в Республике Саха (Якутия).

Ключевые слова: нижняя челюсть, кости лицевого скелета, переломы, профилактика.

CLINICAL AND SOCIAL ASPECTS OF TRAUMATIC INJURIES OF THE LOWER JAW AMONG THE POPULATION OF THE NORTHEAST OF RUSSIA

Terentyeva Z.V.**, Ushnitsky I.D.*, Shirko O. I.*, Egorova L.I.**, Boyarskaya S.I.**
**North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov, Yakutsk (Russia)*
***Republican hospital № 2 – Emergency center of the medical care,*
Yakutsk (Russia)
E-mail:evenstar@list.ru

Abstract. The clinical and social trials of the patients with fractures of the lower jaw living in the Republic of Sakha (Yakutia) have revealed certain features. At the same time the tendency of growth of indicators of traumatic injuries of the lower jaw has been noted. The unilateral fractures are often revealed and localized in corner of the lower jaw, then condyloid process fractures and the body. The major etiological factors are street and household traumatism. The maximum quantity of fractures of the lower jaw was defined during the summer period and in winter their number was minimized. Citizens had more injures. The majority of the examined were defined to visit treatment-and-prophylactic institutions later than 24 hours. Yakuts and Russians prevailed by injuries of the lower jaw. Considerable part of patients at hospitalization time was temporarily unemployed. The obtained results dictate need of the development of the complex medical-social program in traumatism prevention of the population in the Republic of Sakha (Yakutia).

Keywords: lower jaw, bones of facial skeleton, fractures, prevention.

Актуальность. В настоящее время отмечается значительное увеличение различных травм челюстно-лицевой области, в том числе переломов нижней челюсти, которые определяют их актуальность [1, 3, 6]. В структуре переломов костей лицевого скелета на повреждение нижней челюсти приходится свыше 50% [4]. При этом в 11-36 % случаев они осложняются гнойно-воспалительными процессами, такими как нагноения мягких тканей и костной ткани, посттравматический остеомиелит [2, 7]. В связи с этим профилактика, ранняя диагностика и лечение воспалительных осложнений травматических повреждений нижней челюсти становятся все более актуальными. Следует отметить, что

совершенствование оказываемой медицинской помощи основывается на знаниях клинико-эпидемиологических особенностей переломов нижней челюсти [5].

Цель исследования. На основании клинико-эпидемиологического исследования выявить показатели частоты и структуры переломов нижней челюсти у жителей Якутии.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный и проспективный анализ материала отделения челюстно-лицевой и пластической хирургии ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи». Всего было обработано 1874 истории болезни за период с 1 января 2008 по 30 ноября 2014 г. Из них мужчин – 1763, женщин – 111 в возрасте от 16 до 70 лет. При анализе учитывали социальный статус, этническую принадлежность, местность проживания с учетом региона (Вилуйский – 22,17%; Центральный – 46,32%; Южный – 8,15%; Северный – 23,36%), характер травматических повреждений, сроки госпитализации, локализацию переломов, методы лечения и продолжительность стационарного лечения.

Статистическая обработка клинического материала проводилась с использованием метода вариационной статистики со стандартной программой «Statistica 6,0». Для выявления достоверности различий определяли критерий Стьюдента.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов выявил наличие некоторых особенностей, имеющих тренд в сторону повышения частоты переломов нижней челюсти по годам. Так, в 2008 году по поводу травматических повреждений нижней челюсти было зарегистрировано 292 случая первичного обращения больных в стационар, а в 2014 – 352.

Оценка структуры переломов нижней челюсти характеризует некоторое ее разнообразие. Наиболее часто выявлялись односторонние переломы (53,21%), далее идут двусторонние – 44,58% и очень редко диагностировались множественные переломы, показатель которого составлял 2,21%. При этом по анатомической локализации значительное количество травматических повреждений определялся в области угла нижней челюсти, показатель составлял 50,22%. Далее по частоте идут

переломы суставного отростка и тела – данные соответственно находились в пределах цифровых значений 36,85 и 33,63%, а подбородочной области – 21,81%.

Следует подчеркнуть, что травматическое повреждение нижней челюсти у лиц имеет полифакторное происхождение. Так, наиболее часто повреждения были связаны с уличным травматизмом (63,03%), а переломы бытового характера составляют 26,21% случаев, минимальные показатели были связаны с производственными – 1,41%, транспортными – 2,72% и спортивными факторами – 0,48%, а данные прочих травм были на уровне 6,15%. Но в то же время в последний период отмечается тенденция к росту травм нижней челюсти, полученных при дорожно-транспортных происшествиях, рост за данный период составляет с 1,18% до 3,24%. Изложенное характеризует наличие конкретной связи переломов нижней челюсти с социальными факторами.

Необходимо отметить, что значительное количество переломов нижней челюсти выявлялось у мужчин, показатель составлял 93,71%, а у женщин соответственно – 6,29%. При этом по месту проживания преобладали городские жители, где показатель составлял 56,62%, а сельские – 43,38%. Тем временем была выявлена сезонность переломов нижней челюсти. Так, в зимнее время их число минимальное (до 9 случаев в месяц) и максимальное значение определялось в летний период – до 64 случаев.

Изучение социального положения больных указывало на то, что большинство были временно неработающими, их показатель составлял 58,23%, а работающих – 41,77%. При этом анализ данных свидетельствует о позднем обращении в лечебно-профилактические учреждения основной части пострадавших – позже 24 часов (57,92%). В течение первых 24 часов медицинскую помощь получили 17,71%, а до 8 часов после травмы соответственно – 24,37%.

По этнической принадлежности среди пострадавших с травмами нижней челюсти преобладают якуты и русские, значения составляют 61,93% и 33,74% ($P < 0,05$) соответственно, далее по частоте идут эвены – 2,02% и другие национальности – 2,31%.

Заключение. Полученные результаты комплексного клинико-социального исследования подтверждают, что наиболее часто встречаются односторонние переломы в области угла нижней челюсти, где в основном определяется позднее обращение пострадавших в лечебно-профилактические учреждения. При этом установлена прямая зависимость частоты травматических повреждений нижней челюсти с социальными факторами. Данные факты диктуют необходимость разработки и внедрения комплексной программы по профилактике травматизма населения в Республике Саха (Якутия).

Литература

1. Афанасьев, В.В. Травматология челюстно-лицевой области. Библиотека врача-специалиста / В.В. Афанасьев. – Москва : ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 256 с.
2. Афанасьев, В.В. Хирургическая стоматология : учебник / В.В. Афанасьев. – Москва : ГЕОТАР-Медиа, 2011. – 427 с.
3. Бернадский, Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. – Москва : Медицинская литература, 2007. – 408 с.
4. Даулетхожаев, Н.А. Оптимизация переломов нижней челюсти в области угла с использованием современных материалов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Дуалетхожаев. – Алматы, 2010. – 24 с.
5. Кужонов, Д.Т. Стоматологический статус больных с переломами нижней челюсти и его влияние на развитие воспалительных осложнений : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. Т. Кужонов. – Нальчик, 2005. – 22 с.
6. Маградзе, Г.Н. Переломы мышечкового отростка нижней челюсти, их характеристика и лечение / Г.Н. Маградзе, А.К. Иорданишвили, А.С. Багненко [и др.] // Институт стоматологии. – 2013. – №4. – Т.61. – С. 79-83.
7. Попова, Л.Г. Клинико-лабораторная характеристика нарушений тканей и органов полости рта и их коррекция у пострадавших с переломами челюстей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Г. Попова. – Новосибирск, 2000. – 23 с.

* * *

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ НА ИСКУССТВЕННЫХ ОПОРАХ С КОСТНОЙ ПЛАСТИКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ

Агеев А.В.* , Ушницкий И.Д.**

**ГАУ РС (Я) «Городская стоматологическая поликлиника»,
г. Якутск (Россия)*

***ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)
E-mail:roolrus@ya.ru*

Аннотация. Проведена оценка качества жизни пациентов, пользующихся ортопедическими конструкциями на искусственных опорах с костной пластикой альвеолярного гребня. Клинические и социологические данные характеризовали оптимальный вариант функционирования искусственных опор и ортопедических конструкций у обследованных пациентов. При этом пациенты отмечали улучшение эстетики улыбки и повышение качества жизни по всем показателям опросника.

Ключевые слова: костная пластика альвеолярного гребня, ортопедические конструкции, качество жизни.

LIFE QUALITY CHARACTERISTIC OF THE PATIENTS USING ORTHOPEDIC STRUCTURES ON ARTIFICIAL SUPPORTS WITH OSTEAL PLASTICS OF ALVEOLAR CREST

Ageev A.V. , Ushnitsky I.D.***

**Yakutsk dental polyclinic, Yakutsk (Russia)*

***North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov, Yakutsk (Russia)
E-mail:roolrus@ya.ru*

Abstract. The assessment of life quality of patients using orthopedic structures on artificial supports previously done by bone plasticity of alveolar crest has been carried out. Clinical and sociological data characterized optimal variant of functioning of artificial supports and orthopedic structures among the examined patients. At the same time patients noted improvement of smile esthetics and improvement of life quality of patients in all questionnaire indicators.

Keywords. Bone plasticity of alveolar crest, orthopedic structures, quality of life.

Актуальность. Функциональные расстройства зубочелюстной системы, обусловленные потерей зубов вследствие заболеваний пародонта, а также при осложнениях кариеса, становятся одной из основных причин потери зубов у лиц молодого возраста [2]. У человека с отсутствующими зубами в силу подсознательного выбора доступной ему пищи резко нарушаются функция слюнных желез и самоочищение полости рта. Он перестает себя чувствовать комфортно. В результате снижается качество жизни по одному из важнейших показателей – питанию [3]. Стоматологическое здоровье – это состояние, которое позволяет человеку функционально питаться и улучшить коммуникативные функции, восстановить эстетическую функцию полости рта и лица, повысить самооценку [1]. В связи с этим для определения эффективности мероприятий, направленных на улучшение и сохранение здоровья населения, в настоящее время стали использовать такой количественный показатель, как качество жизни [3, 5].

Цель исследования. На основании результатов социологического исследования определить уровень качества жизни пациентов, пользующихся ортопедическими конструкциями на искусственных опорах с костной пластикой альвеолярного гребня.

Материалы и методы исследования. Социологическое исследование проводилось на базе ГАУ РС (Я) «Городская стоматологическая поликлиника» г. Якутск с использованием валидированной русскоязычной версии стоматологического опросника качества жизни «Oral Health Impact Profile» (ОНИР-14) [4]. Проведено анкетирование до и после лечения 48 пациентов в возрасте 28-56 лет, обратившихся за протезированием с использованием дентальных имплантов. Из них 28 (58,33%) женщин и 20 (41,66%) мужчин. У всех пациентов были протяженные концевые дефекты зубных рядов и проводилось лечение с применением несъемных протезов с опорой на дентальные имплантаты с костной пластикой в виде расщепления альвеолярного гребня или синус-лифтинга.

Статистическая обработка клинического материала проводилась с применением стандартных методов вариационной статистики.

Материалы и методы исследования. Анализ полученных данных показал, что только $4,23 \pm 1,14\%$ респондентов не испытывали болевых ощущений в полости рта. Затруднений с приемом пищи из-за проблем с зубами, слизистой полостью рта или протезами не возникало у $24,0 \pm 2,87\%$. Почти половина ($50,91 \pm 2,76\%$) 20-39-летних респондентов и $33,65 \pm 2,68\%$ в возрасте 40-56 лет отметили, что у них не возникало необходимости прерывать прием пищи по каким-либо причинам. Изложенное свидетельствует о том, что $46,79 \pm 2,75\%$ и $25,81 \pm 2,49\%$ представителей данных возрастных групп заявили, что проблемы, связанные с неудовлетворительным питанием, отсутствуют.

Но в то же время некоторые респонденты отмечали, что проблемы с зубами, слизистой полостью рта или зубными протезами мешали полноценному отдыху, ставили их в неловкое положение, являлись причиной повышенной раздражительности и вызывали затруднения в обычной работе. Так, стеснения в общении из-за подобных проблем никогда не испытывали $54,68 \pm 2,75\%$ лиц моложе 39 лет и $37,16 \pm 2,74\%$ ($p < 0,05$) 40-56 лет. Тем временем затруднения при произношении слов не беспокоили $72,61 \pm 2,46\%$ и $56,57 \pm 2,82\%$ соответственно. При этом указанные проблемы не мешали полноценному отдыху $49,11 \pm 2,76\%$ и $36,1 \pm 2,73\%$ респондентов соответствующих возрастных групп.

В целом можно утверждать, что респонденты реже беспокоились из-за зубов, слизистой и зубных протезов в аспекте труда, отдыха, общения, питания и приема пищи, что представляется вполне естественным. Важно отметить, что для этих данных различия достоверны только в возрастном аспекте, но после реабилитации пациентов и пользования ортопедическими конструкциями все показатели опросника были сведены к минимуму по всем показателям приему пищи, общению и обыденным проблемам на работе и отдыхе.

Следует отметить, что у пациентов с различной топографией дефекта зубного ряда выявлены психоэмоциональные нарушения, более выраженные у пациентов с дефектами зубных рядов в видимой их части, что связано с нарушением эстетики улыбки и чаще приводят к существенному снижению качества жизни пациентов по всем показателям опросника.

С клинической точки зрения, объективные данные характеризовали оптимальный вариант функционирования искусственных опор и ортопедических конструкций у обследованных пациентов.

Заключение. Результаты анализа и оценки качества жизни пациентов, пользующихся ортопедическими конструкциями на искусственных опорах с костной пластикой альвеолярного гребня, свидетельствуют об ее повышении, что, с другой стороны, свидетельствует об адекватной хирургической и ортопедической тактике специалистов в данных клинических ситуациях.

Литература

1. Леонтьев, В.К. Здоровые зубы и качество жизни / В.К. Леонтьев // Стоматология для всех. – 1999. – №3. – С.30-34.
2. Гуревич, К.Г. Здоровье. Качество жизни в стоматологии. Зубной протез и здоровье / К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант // Сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. – Москва : МГМСУ, 2004. – 20 с.
3. Барер, Г.М. Использование стоматологических измерений качества жизни / Г.М. Барер, К.Г. Гуревич, В.В. Смирнягина [и др.] // Стоматология для всех. – 2006. – №2. – С. 4-7.
4. <http://gynea.ru/health/851-prilozhenie-2-validirovannaya-russkoyazychnaya-versiya-oprosnika-kachestva-zhizni-v-stomatologii-ohip-14.html> - Опросник ОНIP-14
5. Насыров, Р.Т. Качество жизни у стоматологических больных с дефектами зубов и зубных рядов в процессе их реабилитации / Р.Т. Насыров, Ф.Ф. Маннанова, Л.Б. Новикова // Уральский медицинский журнал. – 2009. – №5. – С. 58-64.

* * *

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Казанцева Т.В.* , Чижов Ю.В.* , Степнова Н.Е.** ,

Митрофанов П.В.** , Тыченко С.А.** , Павлюченко С.М.**

**ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск (Россия)*

***ГБУ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер
им. А.И. Крыжановского», г. Красноярск (Россия)*

E-mail:gullever@list.ru

Аннотация. В работе описаны психологические показатели пациентов со злокачественными новообразованиями ЧЛЮ различных локализаций в пострезекционном периоде (тревожность, депрессия, алекситимия). Дан анализ данных показателей в зависимости от локализации, объема оперативного вмешательства в ЧЛЮ, от времени замещения полученного постоперационного дефекта челюстно-лицевыми протезами. Акцентировано внимание к психологической реабилитации данных пациентов на всех этапах лечения с момента установления диагноза до получения челюстно-лицевого протеза и адаптации к нему. Подчеркнута роль психологической адаптации к полноценному возвращению пациента ко всем сферам жизни.

Ключевые слова: психологические показатели (тревожность, депрессия, алекситимия), реабилитация, злокачественные новообразования, челюстно-лицевая область.

VALUE OF PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS REHABILITATION WITH MALIGNANT NEOPLASMS OF MAXILLOFACIAL AREA

Kazantseva T.V.* , Chizhov Yu.V.* , Stepanova N.E.** ,

Mitrofanov P.V.** , Tychenko S.A.** , Pavlyuchenko S.M.**

**Krasnoyarsk State Medical University named after V. F. Voino-Yasenetsky*

***Krasnoyarsk regional clinical oncological clinic named after A.I. Kryzhanovsky,
Krasnoyarsk (Russia)*

E-mail:gullever@list.ru

Abstract. This work describes psychological indicators of patients with malignant neoplasms of maxillofacial area of various localizations in the postresection period (anxiety, depression, alexithymia). The analysis of these indicators depending on localization, surgery volume in maxillofacial area, from time of replacement of the received post-operational defect with maxillofacial artificial limbs was given. The attention to psychological rehabilitation of these patients at all stages of treatment should be paid from the moment of establishment of the diagnosis before receiving a maxillofacial artificial limb and adaptation to it. The role of psychological adaptation to full return of the patient to all spheres of life has been emphasized.

Keywords: psychological indicators (anxiety, depression, alexithymia), rehabilitation, malignant neoplasms, maxillofacial area (MA).

Актуальность. В последнее десятилетие сформировалась отдельная медицинская дисциплина – психоонкология, которая изучает эмоциональный ответ на наличие злокачественного новообразования самих пациентов, их семей и, тех, кто оказывает им помощь (психосоциальный аспект), а также психологические, поведенческие и социальные факторы, которые могут влиять на заболеваемость раком и смертность от него (психобиологический аспект) [1, 2, 3]. По мнению S.Greer, психоонкология – это наука, которая касается психологических и социальных аспектов рака. Ее первейшая цель – обеспечить эмоциональный дистресс, который развивается у большинства пациентов, а также разработка и оценка психологических методов помощи пациентам с целью повышения качества жизни и, возможно, ее продолжительности, изучение личностных особенностей и этических аспектов [2].

Психоэмоциональное состояние является важной составной частью в лечении пациента с диагнозом злокачественная опухоль челюстно-лицевой области. Выявленное злокачественное заболевание почти для всех пациентов данной категории сопровождается изменением привычного образа жизни, ограничением своих возможностей, дискомфортом, беспомощностью, чувством потери. Больные со злокачественным новообразованием челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) нуждаются в программе активных реабилитационных мероприятий на всех этапах лечения с момента обращения к врачу-онкологу до восстановления функциональных и косметических нарушений.

Цель работы. Провести сравнительную оценку психологических особенностей пациентов со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования. С целью сравнительного анализа пациентов со злокачественными новообразованиями ЧЛЮ по психологическим особенностям нами в 2016 г. было проведено экспериментальное исследование. Выборка исследования представлена 36 пациентами онкохирургического отделения опухолей головы и шеи Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского.

Количество пациентов по локализации злокачественных образований и последующих оперативных вмешательств с образованием значительных дефектов мягких и твердых тканей ЧЛЮ распределилось следующим образом: полость рта – 9 человек, мягкие ткани лица – 13, верхняя челюсть – 8, нижняя челюсть – 6.

Для диагностики психологической характеристики личности использовалась Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS), созданная G.J. Taylor и соавт. (1985), Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.).

Результаты исследования. Результаты исследования психологических особенностей личности (тревога, депрессия, алекситимия), проведенного в соответствии с вышеназванными психологическими шкалами имеют некоторые особенности. На диагностическом этапе более выражены чувство тревоги и шока, на стационарном этапе отмечается тревога, страх, депрессия, плохой сон (рис. 1). Тревога в различной степени выраженности присуща всем пациентам, обусловлена чувством растерянности перед предстоящим объемом оперативного вмешательства, образованием дефекта, изменением внешнего облика, болевым синдромом и неопределенностью в завтрашнем дне.

В послеоперационном периоде характерны чувство беспомощности, плаксивость, раздражительность, эмоциональные страдания (рис. 2). Одним из важных моментов в психотерапевтической реабилитации больных с дефектами ЧЛЮ является ликвидация дефектов ЧЛЮ ортопедическим способом, при котором восстановление косметических

дефектов может быть проведено в более короткие сроки, что уменьшает послеоперационное обезображивание лица и тем самым позволяет принимать пищу через естественные пути.

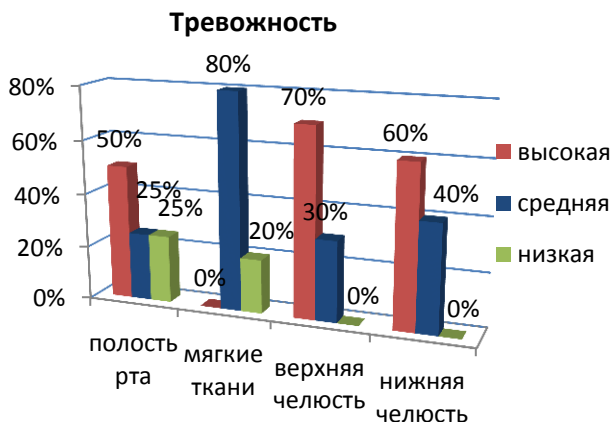


Рис. 1. Показатели тревожности у пациентов с различными локализациями послеоперационных дефектов ЧЛЮ

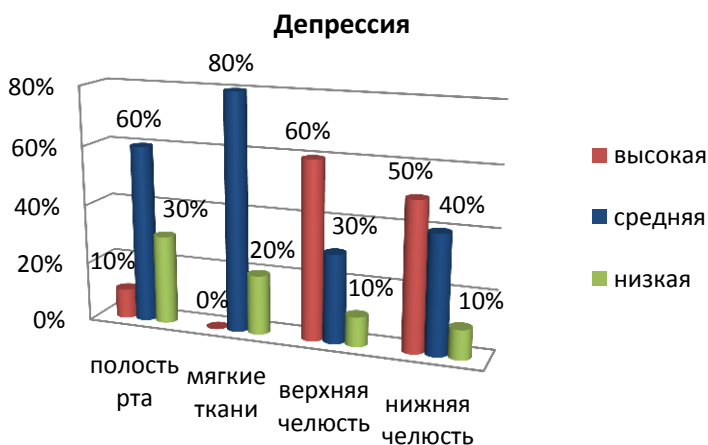


Рис. 2. Показатели депрессии у пациентов с различными локализациями послеоперационных дефектов ЧЛЮ

Дефекты ЧЛО очень разнообразны и зависят от локализации опухолевидного процесса и объема проведенного оперативного вмешательства. При дефектах твердого неба отсутствуют косметические дефекты, а функциональный дефект ликвидируется путем изготовления и фиксации защитной пластинки или частичного съемного пластинчатого протеза в полости рта. Наиболее выражены эмоциональные переживания у пациентов, перенесших резекцию челюсти, где функциональные нарушения сопровождаются значительными обезображивающими дефектами лица. Такие пациенты требуют более сложного и раннего замещения дефекта. Раннее замещение обширных дефектов ЧЛО не только устраняет функциональные и косметические нарушения, но и благотворно влияет на психическое состояние пациента. Хирургические вмешательства по поводу злокачественных новообразований полости рта ведут к расстройствам речи и акта глотания. Работа с такими пациентами требует не только индивидуального психотерапевтического подхода, но и проведения индивидуальной логопедической терапии. Результат в восстановлении таких пациентов достигается в содружестве специалистов: психолога, хирурга-онколога, стоматолога-ортопеда, логопеда.

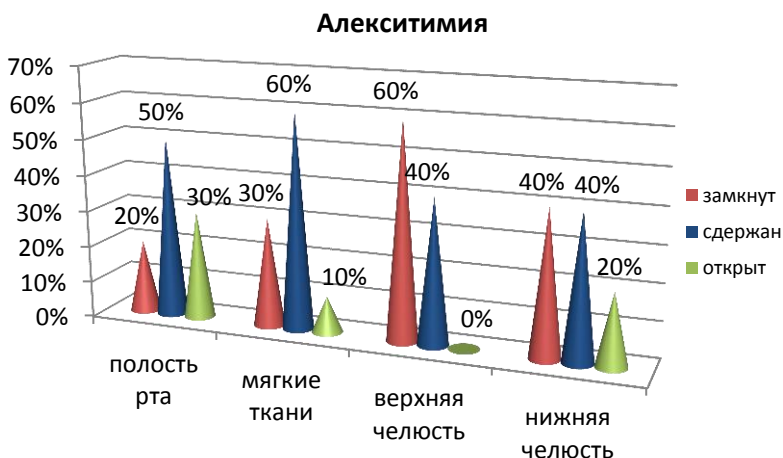


Рис. 3. Показатели алекситимии у пациентов с различными локализациями послеоперационных дефектов ЧЛО

Высокие показатели по шкале алекситимия свидетельствуют о значительном снижении способности к распознаванию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений (рис. 3). Возможна также низкая эмоциональная чувствительность в отношении других людей. У пациентов наблюдаются следующие психологические особенности: трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств; трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; склонность к анализу и рационализации, но бедность фантазии и воображения; фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Заключение. Таким образом, можно заключить, что при реабилитации состояния онкологического больного со злокачественным новообразованием ЧЛЮ необходимо учитывать следующие факторы: все больные нуждаются во внимательном отношении к их состоянию и конкретным жалобам, в понимании их эмоционального состояния и сочувствии, в поддержке в них уверенности в лечении; все пациенты нуждаются в психотерапевтической коррекции для снятия тревожных состояний и восстановления чувства комфорта; ранние реабилитационные мероприятия по протезированию дефектов ЧЛЮ решают морально-этические проблемы; при возникновении выраженной психопатологической симптоматики рекомендована консультация психотерапевта с соответствующей медикаментозной коррекцией.

В целом психологическая реабилитация больных со злокачественными образованиями ЧЛЮ должна сопутствовать на всех этапах лечения с момента установления диагноза, что способствует наиболее ранней реадaptации пациента и возвращению к труду. Реабилитация данных пациентов очень важна в различных сферах жизни: социальной, профессиональной, семейной, творческой.

Литература

1. Психосоматическое состояние больных до и после коррекции челюстно-лицевых дефектов ортопедическим способом / А.А. Кулаков, В.М. Чучков, Е.Г. Матякин [и др.] // Опухоли головы и шеи. – 2012. – №4. – С.40-45

2. Greer, S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future task // Psycho-Oncology. – 1994. – Vol.3. – №2. – P.87-101.

3. Holland, J.C. Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities // Psycho-Oncology. – 1992. – Vol.1. – №1. – P.1-13.

* * *

УДК 616.716-089.843: 611-018.4

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЗОРБИРУЕМЫХ ТЕНТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ КОМПОЗИЦИИ ПОЛИВИНИЛОВЫХ СПИРТОВ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ОМЫЛЕНИЯ С ДОБАВЛЕНИЕМ НАНОТЕЛ Фуллеренов C-60 и C-90

Кабаньков А.В., Румакин В.П., Музыкин М.И., Иванов А.С.
ФГБВОУ «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова»,
г. Санкт-Петербург (Россия)
E-mail:viandr2007@yandex.ru

Аннотация. В работе описывается экспериментальное обоснование и перспективы применения тентовых конструкций на основе композиции поливиниловых спиртов (ПВС) разной степени омыления с добавлением фуллеренов C-60 и C-90 для направленного роста костной ткани.

Ключевые слова: направленный рост костной ткани, фуллерены, челюстно-лицевая хирургия, стоматология.

THE PROSPECTS OF USE OF RESORBABLE MEMBRANE STRUCTURES BASED ON THE COMPOSITION OF POLYVINYL ALCOHOLS OF VARIOUS DEGREES OF SAPONIFICATION WITH THE ADDITION OF NANO BODIES OF FULLERENES C-60 AND C-90

Kabankov A.V., Muzykin M.I., Rumakin V.P., Ivanov A.S.
Military Medical College named after S. M. Kirov, St. Petersburg (Russia)
E-mail:viandr2007@yandex.ru

Abstract: This paper describes experimental study and application prospects of membrane structures based on the composition of polyvinyl alcohols (PVA) of various degrees of saponification with the addition of fullerenes C-60 and C-90 for the directional growth of bone tissue.

Keywords: directed bone growth, fullerenes, maxillofacial surgery, dentistry.

Актуальность. В настоящее время, в основном в связи с увеличением количества хирургических имплантологических вмешательств, растет интерес к расширению возможностей направленной регенерации костной ткани (НРКТ). Имеется стойкий интерес к сокращению сроков и упрощению увеличения как качественных, так и количественных параметров альвеолярных отростков при операциях удаления зубов, цистэктомии, дентальной имплантации [4].

Принципы применения тентовых конструкций, или тентовых мембран, сформулированы давно и подробно: биосовместимость, интеграция с костной тканью, препятствие прорастанию соединительной ткани и эпителия (опережающего роста эпителия), проникновению бактерий и, как следствие, формирование пространства для роста органотипической ткани при заполнении дефекта [7]. С 1976 года, когда впервые было доказано их влияние на направленную регенерацию кости [5], появилось большое количество мембран из различных материалов. Однако до сих пор ни одна из них не удовлетворяет всем требованиям в полной мере. Тентовые конструкции из титана, политетрафторэтилена или силоксана требуют повторного оперативного вмешательства. Резорбируемые мембраны из ксеногенного коллагена отличаются токсичностью, высокой аллергентностью. Полилактиды ингибируют остеогенез. Имплантируемые конструкции на основе композиции поливиниловых спиртов разной степени омыления применялись с начала двадцатого века. Это были, прежде всего, хирургические нити взамен кетгута или шелка (Германия, патент № 685048, Британия, патент №582013, Америка, патенты №№2072302, 2146295). Нити рассасывались в заданное количество времени, в них вводили в виде суспензий лекарственные соединения, в частности, йодоформ, сульфат бария, красители и т.д. Так же из композиций ПВХ изготавливались гормональные депо, перевязочные материалы. В настоящее время так называемые поропласты используются для заполнения полостей, для изготовления искусственных артерий [1].

Однако до сих пор биodeградируемые материалы из поливинилового спирта не нашли широкого применения в связи с тем, что, несмотря на отсутствие токсичности, они не обладали биосовместимостью [2]. Добавление в композицию поливиниловых спиртов разной степени омыления фуллеренов C-60 и C-90 позволило расширить возможности этого классического материала и создать резорбируемый тентовый материал «Муплен». Фуллерены были открыты в начале 60-х, когда исследователи обратили внимание на то, что углерод может образовывать атомарные конфигурации типа выпуклых поверхностей. Впервые синтезированы они были в 1985 году. Фактически фуллерены имеют вид нанокластеров округлой или близкой к округлой формы, состоящих из пяти- и шести-угольников, в вершинах которых находятся атомы углерода. Усиливают скорость заживления тканей, выступая как антиоксиданты [3]. В данном случае наночастицы изменяют свойства аналогового субстрата как в виде макроскопических дисперсий, так и сплошных фаз [6]. Это применение нанотехнологий создает возможности для широкого применения классических материалов в процессах направленной костной аугментации. Возможно не только импортозамещение группы дорогостоящих тентовых конструкций, но и существенное улучшение некоторых параметров данных синтетических материалов, как то: различные формы биологической активности, бактерицидность и т.д. Поэтому обоснование преимуществ их клинического применения является актуальным.

Цель работы. Изучить биосовместимость биodeградируемых конструкций из поливинилового спирта с введением фуллеренов C-60 и C-90 и обосновать возможность их использования в роли внутритканевых имплантатов, в том числе при направленной костной аугментации, а также сравнить влияние резорбируемых композиций «Муплен» и резорбируемых тентовых конструкций «Диплен» на рост костной ткани.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на крысах линии Вистер в соответствии с правилами, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и иных целей («Council of the European Communities Directive 86/609/EES», Страсбург, 1986), и требованиями

«Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных» МЗ РФ. Животные были здоровы, имели ветеринарный сертификат качества и состояния здоровья и находились в идентичных условиях кормления и содержания. Крыс содержали в клетках по 7-8 особей в условиях искусственного освещения (по 12 часов светлого и темного времени), принудительной 12-кратной в час вентиляции, при температуре 18-20°C и относительной влажности 50-65%, на подстилке из древесных стружек, простерилизованных в сухожаровом шкафу. Животные имели свободный доступ к корму (использовался стандартный брикетированный корм) и питьевой воде.

Для гистологического исследования после эвтаназии животных забирали фрагмент мягких тканей бедра с имплантированной инородной пленкой. После фиксации в 10% растворе нейтрального формалина и традиционной проводки изготавливали парафиновые срезы толщиной 8 мкм. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван Гизону. Микроскопическое исследование проводили с помощью светового микроскопа «МИКМЕД-2» с увеличением в 28, 70, 140 и 280 раз. Оценивали состояние косной ткани компактного и губчатого строения. Визуализацию и оптическое изображение микрообъектов производили с помощью аппаратно-программного комплекса «Видео Тест Морфология», в состав которого входят: микроскоп проходящего света, цветная система ввода высокого разрешения, компьютер и принтер, специализированное программное обеспечение. Оценивали выраженность клеточной реакции, объем и зрелость сформированных вокруг имплантата грануляций, степень деструкции инородного материала.

Эксперименты проводились на 39 белых нелинейных крысах обеих полов массой 180-200 грамм в стандартных условиях вивария. В группе со сроками наблюдения 42 суток на бедренной кости делался пропил длиной около 15 мм, в него укладывался имплантат шириной 2 мм в виде тентовой конструкции. Для сравнения результатов аналогичным образом делался пропил в бедренной кости около 15 мм, в него справа укладывался композитный остеопластический материал «Остеопласт» в виде блоков (табл.1). Аналогично у 9 крыс на распил укладывался

отечественный материал «Диплен». Симметричная область служила контролем. После выведения из опыта на морфологические исследования брали фрагмент кости с имплантатом и окружающие мягкие ткани.

Таблица 1

Состав экспериментального сравнения тентовых конструкций «Муспен», «Диплен» и остеопластического материала «Остеопласт»

Количество опытов (животных)	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
78 (39)	30	30	9	9

Примечание: группа 1 – тентовая конструкция на основе ПВС «Муспен»; группа 2 – остеопластический материал «Остеопласт»; группа 3 – тентовая конструкция «Диплен»; группа 4 – контроль.

Результаты исследования. На первом этапе проводили сравнение новообразования кортикального слоя при введении тентовых конструкций «Муспен». В группе 1 на полученных препаратах в опыте, при введении в распил резорбируемого тентового материала «Муспен» мы видели стойкое образование кортикального слоя с видимым переходом от костного края к новообразованной ткани (рис. 1). Новообразованная ткань является продолжением распила с выраженной костной мозолью. На отдельных срезах видны участки становления костномозговых клеток. В окружающей мягкой ткани видны фрагменты имплантированной конструкции, а также фагоцитарные клетки с округлыми фрагментами захваченного распадающегося имплантата. В костной ткани инородный материал не обнаружен. Ложе материала представлено пластиночкой из новообразованной кости губчатого строения со сливающимися костными балками. На поверхности балок имеется тонкая соединительнотканная прослойка с единичными лимфоцитами. Признаков воспаления или иммунной воспалительной реакции не обнаружено. При тщательном исследовании в толще новообразованного костного вещества обнаружены единичный игольчатый фрагмент инородного материала. Формирование костной ткани с образованием выраженной кортикальной пластины. В области дефекта была видна сформированная созревающая костная ткань, которая отличалась от-

сутствием упорядоченности костных пластинок, очагами базофилии, повышенной клеточностью (в лакунах крупные базофильные остеонциты, остеобласты). В проекции кортикального слоя со стороны эндоста определялся слой с четкой ориентацией сформированной кости по оси, клеточность в этой области менее выражена. Периостально над краем резекции и в области регенерата остатки костной мозоли с выраженными признаками ремоделирования. Васкуляризация ткани умеренная, определялось большое количество фибробластов.

Группа 2. В месте введения остеопластического материала «Остеопласт» наблюдался фиброз (табл. 2) с участками хондроидальной ткани (рис. 3, 4). Соединение с краем распила не стабильное. Кортикальный слой отсутствует. В окружающих тканях фрагменты остеопластического материала. При использовании остеопластического материала на 42 сутки отсутствовало замещение дефекта костной тканью, мозоль оставалась фиброзной с большим количеством инкапсулированных (интегрированных) нежизнеспособных костных фрагментов, часть из которых с признаками остеокластической резорбции. Вазкуляризация фиброзной ткани в данной области была слабо выражена. Кроме того, следует отметить, что край резекционного отверстия оказался окружен фиброзной тканью и подвергался резорбции в динамике наблюдения.

Группа 3. При введении резорбируемого тентового материала «Диплен» виден формирующийся кортикальный слой, продолжающий кортикальный слой кости, в толще которого видны множественные кристаллы инородного вещества. Ориентированность балок достаточно четкая.

Группа 4. В контроле без материала замещение дефекта проходит обычным путем через формирования костной мозоли и формирования вновь компактного слоя с отличием архитектуры длительное время, при этом мы четко определяли границу пропила компактного слоя диафиза крысы на 42 сутки эксперимента (рис. 4). В эти сроки сохранялись элементы периостальной мозоли в виде выраженного утолщения надкостницы с выраженным повышением клеточности. Вновь образованная кость еще без ориентации костных пластинок, с широкими базофильными линиями, повышенной клеточности.

Таблица 2

Сравнение образования кортикального слоя при введении в распил бедренной кости 15x2 мм биорезорбируемых тентовых конструкций из поливинилового спирта «Муспен», «Диплен» и при введении остеопластического материала «Остеопласт»

Группы	Недоразвитый кортикальный слой, фиброз	Полноценный кортикальный слой
Группа 1	отсутствует	34
Группа 2	34	отсутствует
Группа 3	1	4
Группа 4	5	отсутствует

Примечание: группа 1: тентовая конструкция на основе ПВХ «Муспен»; группа 2: остеопластический материал «Остеопласт»; группа 3: тентовая конструкция «Диплен»; группа 4: контроль.

Проверим значимость различий в типе реакции тканей на разные импланты на основе точного критерия Фишера. Достигнутый уровень значимости $10,5 \cdot 10^{-20} < 0,001$. Таким образом, реакция тканей на имплант с фулереном «Муспен» значимо на уровне 0,001 отличается от реакции на «Остеопласт» и «контроль». Реакция на имплантаты «Муспен» и «Диплен» сопоставимы.

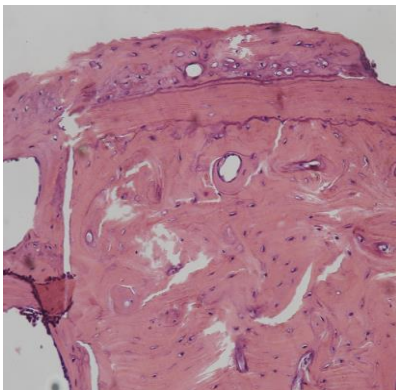


Рис. 1. Кортикальный слой и костная мозоль над срезом. Гематоксилин-эозин, ув.х200

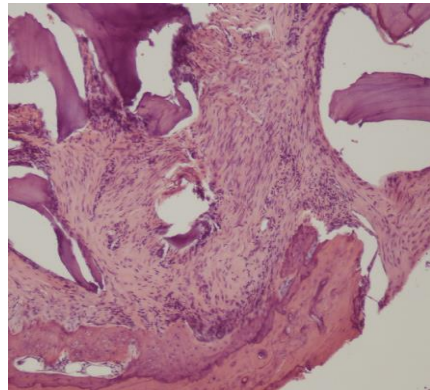


Рис. 2. Фиброзная ткань и граница распила. Гематоксилин-эозин, ув.х400

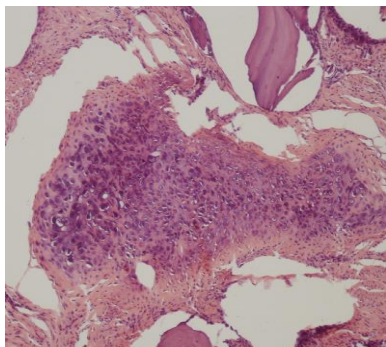


Рис. 3. Хрящевая ткань
в глубине фиброза
Гематоксилин-эозин, ув.х400,

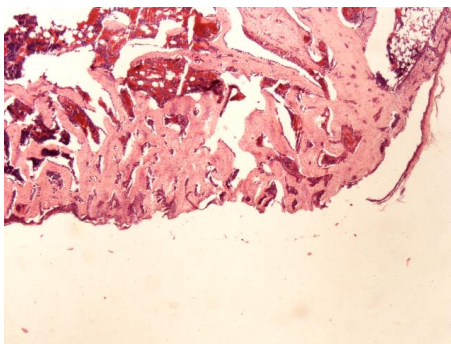


Рис. 4. Контрольная группа. 42 дня.
Формирующийся кортикальный слой
с незрелой архитектурой.
Гематоксилин-эозин, ув. х400

Сравнение кортикального слоя при установке биодеградируемых тен-товых конструкций «Муспен» и биодеградируемой мембраны «Диплен» дало следующие результаты: по сравнению с тентовой конструкцией из ПВХ кортикальный слой при установке мембраны «Диплен» к 42 суткам менее зрелый, внутри его видны кристаллоподобные образования нерезорбированного материала (рис. 4). Фагоцитарные клетки отсутствуют.

Таким образом, результаты экспериментально-морфологического исследования показали, что использование «Остеопласта» в сроки до 42 суток не приводит к репарации дефекта костной ткани, вероятно, за счет медленной перестройки аллогенных костных фрагментов, а применение мембраны способствует ускоренному протеканию процессов регенерации с формированием богатой костной массой ткани. В контроле без применения биорезорбируемых тен-товых конструкций «Муспен» мы также получили регенерацию кости в области дефекта, которая протекала по стандартным общепатологическим принципам. Использование мембраны в сравнении с контролем позволяет в более ранние сроки получить костно-фиброзную мозоль в области костного дефекта, к 42 суткам – развитие признаков органо-типической перестройки в проекции кортикального слоя кости, на всем протяжении исследования были более выражены процессы остеогенеза и пере-

стройки вновь образованной костной ткани. Репаративные процессы с применением биорезорбируемых тентовых конструкций на основе ПВС различной степени омыления с добавлением фуллеренов С-60 и С-90 протекают с большей биологической активностью по типу биорезорбции по сравнению с мембраной «Диплен», для которой более характерной видится биоабсорбция материала.

Заключение. Биорезорбируемые конструкции «Муспен» способствуют росту высокодифференцированной костной ткани. Костная пластинка образуется по месту локализации имплантата. Биорезорбируемая тентовая конструкция «Муспен» обладает биологической активностью. Сроки компактизации костной пластинки уменьшаются по сравнению с остеопластическим материалом. Воспалительная реакция окружающих тканей отсутствует. При сравнении тентовых конструкций «Муспен» и биорезорбируемой мембраны «Диплен» сроки образования компактного слоя кости сопоставимы, однако способы биорезорбции различны, а зрелость компактного слоя выше при введении тентовой конструкции на основе композиции ПВС различной степени омыления с добавлением фуллеренов С-60 и С-90. Перспективы применения тентовых конструкций из ПВС «Муспен» определяются как их положительным влиянием на направленную регенерацию кости, так и свойствами самого материала. Тентовая конструкция «Муспен» состоит из адгезивного самоотверждаемого геля со сроком резорбции 5-7 дней и перфорированной пластины из того же геля со сроком резорбции 3-6 недель. К тому же данные конструкции легко насыщаются дополнительными биоактивными веществами, как то: ионами серебра, йода и т.п. Аллергические реакции на композиции ПВС не отмечались. Токсичность отсутствует. Все это создает широкие возможности для клинического применения биорезорбируемых тентовых конструкций на основе ПВС «Муспен».

Литература

1. Ушаков, С.Н. Поливиниловый спирт и его производные / С.Н. Ушаков. – Москва ; Ленинград, 1960. – 124 с.
2. Майборodin, И.В. Реакция тканей крыс на имплантацию биодеградируемого полимера на основе молочной кислоты / И.В. Майборodin, И.В. Кузнецова // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2013. – №12. – Т.156. – С.92-93.

3. Венгерович, Н.Г. Патогенетическое обоснование применения биоактивных наноматериалов при раневом процессе / Н.Г. Венгерович. – Санкт-Петербург, 2011. – 98 с.

4. Репаративный остеогенез челюстей и методы его оптимизации : учебное пособие / А.К.Иорданишвили, Д.В.Балин, А.Г.Слугина [и др.]. – Санкт-Петербург, 2014. – 125 с.

5. Иванов, А.С. Хирургическая стоматология / А.С. Иванов. – Великий Новгород 2001. – 251 с.

6. Композиции поливиниловых спиртов разной степени омыления исходного поливинилацетата / А.В. Кабаньков, В.А. Попов, В.В. Ильина [и др.] // Все материалы :энциклопедический справочник. – 2014. – № 5. – С.7-9.

7. Грудянов, А.И. Методика направленной регенерации тканей. Подсачные материалы / А.И. Грудянов, П.В. Чупахин. – Москва, 2007. – 196 с.

8. Фармакологическая композиция, обладающая антибактериальным и фунгицидным действием. RU 2329800 / Кравцова И.А., Шустерович Л.Г., Павлова Е.В., Кузнецова О.Г., Шумилова Н.АЧ, Плужникова М.С.

* * *

УДК 616/743-008:616.31-08

О ПОДГОТОВКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ И ХИРУРГОВ-СТОМАТОЛОГОВ К ОПЕРАЦИЯМ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ОБЪЁМА КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Музыкакин М.И.*, Поплавский Д.В.**

**ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский стоматологический институт
последипломного образования», г. Санкт-Петербург (Россия);*

***ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»,
г. Санкт-Петербург (Россия)
E-mail: nipakorovin@mail.ru*

Аннотация. На основании социологического опроса 100 врачей в возрасте от 29 до 45 лет, работающих в муниципальных, ведомственных и частных клиниках и кабинетах, изучена мотивационная составляющая выполнения операций по увеличению объёма костной ткани челюстей. Установлены факторы, сдерживающие внедрение таких операций, которые сво-

дятся к необходимости улучшения материально-технической базы учреждений здравоохранения, закупке соответствующего оборудования, инструментов и остеопластических материалов.

Ключевые слова: челюсти, увеличение объёма костной ткани челюстей, профессиональная переподготовка врачей, стоматологические амбулаторно-поликлинические учреждения разной формы собственности.

EDUCATION OF MAXILLOFACIAL SURGEONS AND SURGEONS-DENTISTS FOR RESTORATION OPERATIONS OF BONE TISSUE VOLUME OF JAWS

Muzykin M.I.*, Poplavsky D.V.**

**St. Petersburg Dental Institute of Postgraduate Education, St. Petersburg (Russia)*

***Military Medical College named after S. M. Kirov, St. Petersburg (Russia)*

E-mail: nipakorovin@mail.ru

Abstract. The motivational component on operations performance of bone tissue volume increase of jaws has been studied based on sociological interview of 100 doctors aged from 29 for 45 years working in municipal, departmental and private clinics and offices. The factors constraining introduction of such operations, which are reduced to need of improvement of material and technical resources of healthcare institutions, purchase of the equipment, tools and osteoplastic materials, have been established.

Keywords: jaws, augmentation of bone tissue volume of jaws, professional retraining of doctors, dental out-patient and polyclinic establishments of different form of ownership.

Введение. В клинической практике стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) в течение последних 15 лет происходит неуклонный рост числа оперативных вмешательств, связанных с костной пластикой челюстей [1, 3, 7]. Это обусловлено увеличением количества взрослых пациентов в стоматологических АПУ, реабилитация которых осуществляется с помощью зубных протезов на искусственных опорах [2, 4, 5, 6]. Однако специалистами до сих пор не исследованы мотивационные аспекты, а также не анализирован уровень профессиональной подготовки врачей стоматологов-хирургов, работающих в АПУ различной формы собственности, по вопросам костной пластики челю-

стей. В то же время выявление и анализ факторов, способствующих и сдерживающих внедрение костно-пластических операций на челюстях в амбулаторных стоматологических лечебно-профилактических учреждениях различной формы собственности, представляются весьма актуальными для современной стоматологии.

Цель исследования. Изучить мотивационную составляющую выполнения операций по восстановлению объема костной ткани челюстей среди челюстно-лицевых хирургов и врачей стоматологов-хирургов.

Материал и методы исследования. В ходе клинического исследования был проведён социологический опрос (анкетирование) 100 врачей стоматологов-хирургов (76 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 29 до 45 лет, стаж профессиональной деятельности которых был не менее 3 лет после завершения обучения в интернатуре или клинической ординатуре.

Среди опрошенных врачей стоматологов-хирургов 30 человек работали в муниципальных стоматологических поликлиниках, 24 человека – в стоматологических подразделениях ведомственных амбулаторных лечебно-профилактических учреждений и 46 человек – в частных стоматологических клиниках и кабинетах.

В ходе исследования врачам-стоматологам были заданы 15 вопросов, связанных с их профессиональными знаниями и умениями по выполнению костно-пластических операций на челюстях, а также для выяснения материально-технической базы учреждений, в которых они работают. Уточняли спектр необходимого оборудования, инструментов и материалов, необходимых для выполнения хирургических вмешательств по костной пластике челюстей в стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждениях.

При анализе материала учитывали использованные в ходе стоматологической реабилитации пациентов методы костной пластики, а также использованные для их осуществления материалы. Полученные в ходе исследования показатели вносили в базу данных, созданную в программе «Microsoft Access». Статистическую обработку произвели с применением программы «Statistica for Windows» версии 7.0.

Результаты исследования. В ходе проведённого опроса врачей стоматологов-хирургов, работающих в АПУ, было установлено, что необходимые знания для выполнения костной пластики на челюстях имели 63,3% (19 чел.) врачей, работающих в муниципальных, 62,5% (15 чел.) – в ведомственных и 82,61% (38 чел.) – в частных стоматологических клиниках и кабинетах. При этом о возможности самостоятельно выполнять такие хирургические вмешательства заявили 50% (15 чел.) врачей, работающих в муниципальных, 58,33% (14 чел.) – в ведомственных и 82,61% (38 чел.) – в частных стоматологических клиниках и кабинетах.

На наличие основной, необходимой и достаточной материально-технической базы в АПУ, требуемой для выполнения хирургических костно-пластических вмешательств на челюстях, указали 16,7% (5 чел.) врачей-стоматологов, работающих в муниципальных, 8,33% (2 чел.) – в ведомственных и 82,61% (38 чел.) – в частных стоматологических клиниках и кабинетах. Исследование места и времени получения врачами-стоматологами знаний по костной пластике челюстей выявило, что среди стоматологов муниципальных АПУ, владеющих методами костной пластики, 15,7% (3 чел.) такие знания получили во время профессиональной переподготовки и (или) усовершенствования по хирургической стоматологии на базе вузов, 21,1% (4 чел.) – во время клинической ординатуры по хирургической стоматологии или челюстно-лицевой хирургии, а 63,2% (12 чел.) – при посещении коммерческих лекций и (или) семинаров. Среди стоматологов ведомственных АПУ, владеющих методами костной пластики, знания по костной пластике челюстей 13,33% (2 чел.) получили во время профессиональной переподготовки и (или) усовершенствования по хирургической стоматологии, 13,33% (2 чел.) – во время клинической ординатуры по хирургической стоматологии, а 73,34% (11 чел.) – при посещении коммерческих лекций и (или) семинаров. Среди стоматологов частных стоматологических клиник и кабинетов, владеющих методами костной пластики, знания по костной пластике челюстей получил во время профессиональной переподготовки и усовершенствования по хирургической стоматологии только 1 врач (2,63%), 5,26% (2 чел.) – во время клинической ординатуры по хирургической стоматологии, а 92,11% (35 чел.) –

при посещении коммерческих лекций и (или) семинаров. То есть 14% врачей стоматологов-хирургов необходимые знания по вопросам костной пластики челюстей получили при обучении (профессиональная переподготовка, усовершенствование клиническая ординатура) на кафедрах в вузах страны, а большая часть врачей-стоматологов (86%) такие знания и мануальные навыки получили, посещая коммерческие лекции, семинары и мастер-классы, как правило, за свой счёт.

Среди врачей-стоматологов муниципальных, ведомственных и частных АПУ коммерческие мастер-классы по костной пластике челюстей прошли, соответственно, 53,3% (16 чел.), 62,5% (15 чел.) и 82,61% (38 чел.).

На вопрос «Всегда ли Вы выполняете (предпочитаете) костную пластику челюстей или используете альтернативные методы дентальной имплантации и протезирования на искусственных опорах (короткие дентальные имплантаты, широкие дентальные имплантаты, установка дентальных имплантатов «под углом»)?» среди врачей-стоматологов муниципальных, ведомственных и частных стоматологических клиник и кабинетов положительно ответило, соответственно, 47,7% (7 чел.), 85,71 (12 чел.) и 89,47% (34 чел.) специалистов, практикующих в этой области хирургической стоматологии.

Анкетирование показало, что необходимыми знаниями и умениями по установке скуловых имплантатов владеют только 3 (3%) врача-стоматолога из опрошенных, которые работали в частных стоматологических АПУ.

Все практикующие в области дентальной имплантологии врачи-стоматологи муниципальных (15 чел. – 100%) и ведомственных (14 чел. – 100%) АПУ отметили, что используют методы костной пластики только для профилактики атрофии челюстей, а также с целью увеличения объема костной ткани в целях последующей дентальной имплантации. Врачи-стоматологи ведомственных АПУ, практикующие в области дентальной имплантации, кроме указанных причин для проведения костной пластики (38 чел. – 100%), указали ещё на необходимость её применения в целях обеспечения оптимального положения будущей зубопротезной конструкции (25 чел. – 65,79%).

О необходимости совершенствования знаний по основам костной пластики челюстей и необходимости получения мануальных навыков высказались, соответственно, 36,7% (11 чел.) и 50% (15 чел.) специалистов муниципальных АПУ, 37,5% (9 чел.) и 41,67% (10 чел.) – ведомственных и 17,39% врачей-стоматологов, работающих в частных стоматологических клиниках и кабинетах.

На необходимость закупки АПУ специального оборудования (инструментов), а также остеопластических материалов для выполнения костнопластических операций на челюстях указали, соответственно, 90% (27 чел.) специалистов муниципальных АПУ, 100% (24 чел.) врачей-стоматологов ведомственных АПУ и только 4,35% (2 чел.) врачей-стоматологов, работающих в частных стоматологических клиниках и кабинетах.

Анализ пластического материала, используемого в стоматологических АПУ различной формы собственности, показал, что все врачистоматологи муниципальных (15 чел. – 100%) и ведомственных (14 чел. – 100%) АПУ, занимающиеся этой проблемой, используют алло-, ксено- и синтетические материалы для замещения дефектов челюстей, и только 6 врачей (40%) муниципальных и 3 врача (21,43%) ведомственных АПУ применяют для пластики челюстей аутокость, которую они получают из подбородочного отдела нижней челюсти или боковой поверхности нижней челюсти в области наружной кривой линии. Среди врачей частных стоматологических клиник и кабинетов аутокость используют 44,74% (17 чел.) врачей-стоматологов, аллогенные материалы – 92,11% (35 чел.), ксеногенные материалы – 84,21% (32 чел.) и 100% (38 чел.) врачей – синтетические материалы. При этом 84,21% специалиста указали на возможности взятия трансплантата (донорское место) из подбородочного отдела нижней челюсти (используют 32 врача-стоматолога), 100% (38 врачей-стоматологов) – боковой поверхности нижней челюсти в области наружной кривой линии и только 10,53% (4 врача-стоматолога) имели опыт взятия костного трансплантата из тканей твёрдого неба.

Следует отметить, что руководство муниципальных и ведомственных АПУ предъявляет к врачам стоматологам-хирургам требования по овладению ими методов костной пластики челюстей лишь в 6,67%

(2 чел.) и 8,33% (2 чел.) случаев. В то же время врачи стоматологиче-хирурги, работающие в частных стоматологических клиниках и кабинетах, указали на такие требования в 100% (46 чел.) случаев.

Изучение мотивационной составляющей проведения костнопластических операций позволило установить, что среди врачей-стоматологов муниципальных, ведомственных и частных АПУ желание к хирургической активности в этом направлении имели, соответственно, 73,33% (22 чел.), 79,17% (19 чел.) и 95,65% (44 чел.). При этом мотивация к выполнению костной пластики челюстей среди врачей-стоматологов АПУ разной формы собственности была различна. Желание повысить свою заработную плату было у 63,2% (12 чел.) врачей-стоматологов муниципальных АПУ, у 41,67% (10 чел.) – ведомственных АПУ и у 13,04% (6 чел.) – лиц, работавших в частных стоматологических клиниках и кабинетах. У остальных врачей-стоматологов этих АПУ желание заниматься костной пластикой челюстей обуславливалось желанием профессионального роста и интересом, соответственно, в 33,33% (10 чел.) случаев, в 37,5% (9 чел.) и в 82,61% (38 чел.).

Заключение. Проведённое клиническое исследование позволило установить, что в муниципальных, ведомственных и частных стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждениях желание к хирургической активности в области костной пластики челюстей имели, соответственно, 73,3%, 79,2% и 95,7% врачей-стоматологов. Это обуславливалось стремлением повысить свою заработную плату, соответственно, в 63,2%, в 41,7% и в 13,0%, или желанием профессионального роста, соответственно, в 33,3%, в 37,5% и в 82,6% случаев. В ходе исследования были также выявлены основные факторы, которые сдерживают возможность широкого внедрения методов костной пластики в стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждениях разной формы собственности, которые сводятся к необходимости улучшения материально-технической базы этих учреждений, а именно к закупке специального оборудования, инструментов и остеопластических материалов. Результаты исследования показали необходимость должной подготовки врачей стоматологов-хирургов данных учреждений по основам костной пластики челюстей как в аспекте их знаний,

так и мануальных навыков. Врачи стоматологи-хирурги, работающие в частных стоматологических клиниках и кабинетах, костнопластические операции на челюстях выполняют достаточно широко. Вместе с тем врачи этих учреждений также отметили необходимость своего усовершенствования (17,4% случаев) по вопросам костной пластики челюстей, а также обновления специального инструментария и закупки современных материалов для оптимизации репаративного остеогенеза (4,4% случаев). Учитывая, что только 14% врачей стоматологов-хирургов имеют необходимые знания по вопросам костной пластики челюстей, полученные при обучении (профессиональная переподготовка, усовершенствование клиническая ординатура) на кафедрах вузов страны, а большая часть врачей-стоматологов (86%) такие знания и мануальные навыки получили, посещая коммерческие лекции, семинары и мастер-классы, очевидна необходимость корректировки учебных программ и тематических планов на кафедрах хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, а также на кафедрах стоматологии для усовершенствования врачей, на которых проводится переподготовка, усовершенствование и (или) обучение врачей-стоматологов в клинической ординатуре по вопросам хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Литература

1. Гайворонский, И.В. Анатомическое обоснование имплантации искусственных опор зубных протезов при полной адентии / И.В. Гайворонский, М.Г. Гайворонская, А.К. Иорданишвили // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2014. – №1. – С.142-146.
2. Иорданишвили, А.К. Оценка эффективности стоматологической реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с полной утратой зубов / А.К. Иорданишвили, Е.В. Веретенко, Д.В. Балин // Вестн. Рос. Воен.-мед. академии. – 2014. – № 4. – С.123-126.
3. Иорданишвили, А.К. Возрастные особенности распространенности хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции у взрослых людей / А.К. Иорданишвили, А.Г. Слугина, А.А. Сериков // Курский науч.-практич. вестник «Человек и его здоровье». – 2015. – №2. – С.23-28.
4. Иорданишвили, А.К. Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата / А.К. Иорданишвили. – Санкт-петербург : Человек, 2015. – 140 с.

5. Иорданишвили, А.К. Медицинские, социальные, экономические и юридические аспекты стоматологического лечения людей старших возрастных групп / А.К. Иорданишвили, Е.А. Веретенко, А.Н. Мироненко // Экология и развитие общества. – 2015. – № 3 (14). – С.63-65.

6. Усиков, Д.В. Морфологические и клинические аспекты репаративной регенерации костной ткани челюстей / Д.В. Усиков, А.К. Иорданишвили, Е.В. Шенгелия. – Санкт-Петербург : Нордмедиздат, 2014. – 114 с.

7. Шенгелия, Е.В. Результаты хирургического лечения больных с заболеваниями жевательного аппарата при использовании высокоочищенного костного матрикса / Е.В. Шенгелия, А.К. Иорданишвили, М.И. Музыкин // Институт стоматологии. – 2014. – № 1 (62). – С. 68-71.

* * *

УДК 616.833-009.7: 617.52-08

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ НЕВРИТ ВТОРОЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»,

г. Чита (Россия)

E-mail: pinelis1@mail.ru

Аннотация. В работе описаны этиология, возможный патогенез, симптоматика и лечение послеоперационного неврита второй ветви тройничного нерва. Установлено, что предложенный комплекс лечения данной патологии является достаточно эффективным.

Ключевые слова: послеоперационный неврит второй ветви тройничного нерва, этиология, патогенез, симптоматика, лечение.

POSTOPERATIVE NEURITIS OF THE SECOND BRANCH OF TRIGEMINAL NERVE AND METHODS OF ITS TREATMENT

Pinelis I.S., Pinelis Yu.I., Katman M.A.

Chita State Medical Academy, Chita (Russia)

E-mail: pinelis1@mail.ru

Abstract. The article describes the etiology, possible pathogenesis, symptomatology and treatment of postoperative neuritis of the second branch of trigeminal nerve. It has been established that the complex treatment of this pathology proposed to be effective.

Keywords: postoperative neuritis of the second branch of trigeminal nerve, etiology, pathogenesis, symptomatology, treatment.

Этиология и патогенез. Основными причинами развития неврита тройничного нерва являются инфекции, интоксикации, воспалительные процессы, травматические повреждения и др. [1, 3, 6]. Между тем в последние годы стали часто встречаться больные с воспалением второй ветви тройничного нерва после гайморотомии, вскрытия периостита и зубосохраняющих операций на верхней челюсти, особенно во фронтальном отделе. Кроме того, участились случаи повреждения периферических нервов второй ветви тройничного нерва пломбирочным материалом, прошедшим через корневой канал и выведенным за верхушку зуба в костные ткани и верхнечелюстную пазуху [2, 4]. В результате таких травм могут поражаться как основные, но чаще альвеолярные ветви тройничного нерва.

По нашему мнению, основным механизмом развития невропатии передней, средней и задней ветвей верхнечелюстного нерва является формирование рубцового блока в послеоперационном и посттравматическом периоде (компрессия нервных тканей рубцом). Особенностью данной патологии является то, что клиническая картина проявляется не сразу, а только через 6-12 месяцев после операции или травмы. В этой связи большой или врач не всегда могут установить причинный фактор [5].

Симптоматика. Под нашим наблюдением на протяжении 9 лет в стоматологическом отделении Клиники ЧГМА находилось 19 больных с диагнозом «Неврит второй ветви тройничного нерва». Возраст больных варьировал от 39 до 57 лет. Из них подавляющее число были женщины (84,2%). Сторона поражения зависела от места проведения операции или эндодонтического лечения, нанесения травмы и др. Большинство пациентов жаловалось на постоянные, периодически усиливающиеся, ноющие, жгучие боли, появление зон онемения или парестезии соответствующих участков кожи верхней губы, щеки, подглаз-

ничной области, боковой стенки носа, зубов, десен и кожи лица. Из анамнеза заболевания установлено, что 8 больных подверглись радикальной гайморотомии внутриротовым способом, 4 – ранее лечились по поводу субназального перелома верхней челюсти, у 5 – производили перистотомию в области фронтальных зубов и у 2 – после резекции верхушки корней верхних премоляров. Почти все пациенты отмечали появление вышеописанных жалоб через 4-6 месяцев после травмы и лечебных мероприятий в области слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти соответствующей стороны. Из истории жизни выявлено, что имеющаяся хроническая сопутствующая патология не могла стать причиной или повлиять на течение невралгии.

Клиническая картина послеоперационной или посттравматической невралгии второй ветви тройничного нерва достаточно скудная. В этой связи таких больных иногда принимают за симулянтов или за лиц с нездоровой психикой. Нами при местном обследовании отмечены следующие клинические симптомы: пальпация в области проекции подглазничного нерва была слабо болезненной, отмечалось снижение чувствительности кожи; в полости рта определялся, как правило, послеоперационный рубец, локализующийся в верхнем отделе альвеолярного отростка верхней челюсти; при длительном течении невралгии у некоторых обследуемых имели место десквамация эпителия слизистой оболочки, рыхлости и кровоточивости десны и др., что указывало на трофические расстройства в зоне иннервации. Дополнительные методы исследования (рентгенологические, электроодонтометрия и др.) были малоинформативны.

Лечение. Обычно лечение неврита начинают с устранения причины заболевания: купирования местного воспалительного процесса, удаления пломбирочного материала из периапикальной области и др. Однако при данной патологии главным являлось ослабление или полная ликвидация влияния рубцовой ткани, окутывающей нервный ствол (компрессия, нарушение трофики и др.). С этой целью в ткани вокруг рубца по переходной складке верхней челюсти вводили 10–40 мг/мл Кеналогоа или Дипроспана. В зависимости от эффективности воздействия препарата количество инъекций могло достигать 5 раз. Кроме

того, на область рубца назначали 10 сеансов электрофореза 5000 ЕД гепарина, 10-15 сеансов фонофореза с мазью Контратубекса или 3000 МЕ геля Лонгидазы. Для снятия болей применяли ненаркотические анальгетики (аспирин по 0,25-0,5 г 3-4 раза в день, анальгин 0,5 2-3 раза в день, седалгин по 1 таблетке 3 раза в день, ибупрофен по 0,2 г утром до еды и 3 раза в день после еды и др). Дополнительно пациенты получали по показаниям антигистаминные препараты, транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты и др.

Основным показателем эффективности комплексного лечения было уменьшение или полное снятие болей, восстановление чувствительности кожи, слизистой оболочки и зубов верхней челюсти. Между тем следует отметить, невриты, вызванные «молодыми» рубцами (3-9 месяцев), почти полностью подвергшимися обратному развитию под действием кортикостероидов и физиотерапевтических мероприятий. В этом месте оставался мягкий белесоватый и несколько западающий рубец. У остальных больных под действием кортикостероидов и иммунотерапии регресс «старых» рубцов достигал 60-75%.

Заключение. Терапия послеоперационных невритов второй ветви тройничного нерва при всем многообразии методов лечения требует индивидуального подхода с учетом длительности заболевания. Наш опыт свидетельствует о том, что наиболее эффективным является комплексное лечение, состоящее из патогенетически обоснованных методов. Кроме того, полученные данные еще раз подтверждают мнение о том, что чем раньше начато лечение молодых рубцов, тем успешнее терапия послеоперационного неврита.

Литература

1. Безруков, В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робустова. – Москва : Медицина, 2002. – Т.1. – 776 с.
2. Кулаков, А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия : национальное руководство / А. Кулаков, Т. Робустова, А. Неробеев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 928 с.

3. Рузин, Г.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г.П. Рузин., М.П. Бурых. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2000. – 292 с.

4. Тимофеев, А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – Москва : МИА, 2007. – 237 с.

5. Трошин, В.Д. Болевые синдромы в практике стоматолога : руководство для студентов и врачей / В.Д.Трошин, Е.Н.Жулёв. – Нижний Новгород : Издательство НГМА, 2002. – 222 с.

6. Хирургическая стоматология / Под ред. В.В. Афанасьева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 880 с.

* * *

УДК 616.4-001.3-086.84

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ПО КОНСЕРВАЦИИ ЛУНКИ ЗУБА

Поплавский Д.В.*, Музыкин М.И.**, Коровин Н.В.**

**ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский стоматологический институт
последипломного образования», г. Санкт-Петербург (Россия)*

***ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»,
г. Санкт-Петербург (Россия)*

E-mail: nipakorovin@mail.ru

Аннотация. На основе изучения 150816 первичных медицинских документов определена частота использования и проведён анализ методов защиты (консервации) лунки зуба после его удаления. В городских стоматологических поликлиниках по отношению к общему числу удалённых зубов частота консервации лунки зуба составляет менее 1%, в ведомственных учреждениях – около 5%, в частных клиниках – около 20%. В ведомственных и городских учреждениях доли использования отечественных и импортных материалов для консервации лунки зуба практически одинаковы, в частных – в 90% случаев для этих целей используются импортные материалы.

Ключевые слова: операция удаления зуба, защита (консервация) лунки зуба, костная пластика, челюсти, лечебно-профилактические учреждения разной формы собственности.

THE ANALYSIS OF METHODS ON PRESERVATION OF THE ALVEOLAR SOCKET

Poplavsky D.V., Muzykin M. I.**, Korovin N. V.***

**St. Petersburg Dental Institute of Postgraduate Education, St. Petersburg (Russia)*

***Military Medical College named after S. M. Kirov, St. Petersburg (Russia)*

E-mail: nipakorovin@mail.ru

Abstract. The frequency of use and analysis of methods on protection (preservation) of the alveolar socket after its extraction has been carried out based on examination of 150816 primary medical documents. In city dental outpatient departments in relation to total number of the extracted teeth the frequency of preservation of the alveolar sockets makes less than 1%, in departmental establishments about 5%, in private clinics – about 20%. The share of use of domestic and foreign materials for preservation of alveolar socket, are almost identical in departmental and municipal institutions, in private – 90% cases foreign materials were used for these purposes.

Keywords: operation of odontectomy, protection (preservation) of alveolar socket, osteal plastic, jaws, treatment-and-prophylactic establishments of different form of ownership.

Введение. Хронические периапикальные очаги одонтогенной инфекции (ХПООИ), в том числе одонтогенные кисты челюстей у взрослых мужчин и женщин разных возрастных групп, встречаются часто, как на верхней (60,07% и 54,24% соответственно), так и на нижней (39,93% и 45,76% соответственно) челюсти [1]. Известно, что частота встречаемости хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции в старших возрастных группах выше (51,32% в пожилом, 71,13% в старческом возрасте), чем у людей молодого (26,88%) и среднего возраста (36,5%) [3]. Установлено, что независимо от возраста пациента ХПООИ на верхней и нижней челюсти чаще встречаются у взрослых людей в области многокорневых зубов, соответственно, в 78,31% и 64,52% случаев [5].

Результаты статистических исследований последних лет показывают, что люди молодого и среднего возраста обращаются за удалением зубов в связи с острыми или обострившимися основными стоматологическими заболеваниями (в 77,46% и 88,79% случаев соответственно)

и за одно посещение удаляют, соответственно, 1,03 и 1,09 зуба. При этом у людей молодого возраста основными причинами утраты зубов являлись острый одонтогенный периостит челюстей (46,38% случаев), обострившийся хронический периодонтит (24,86%), а также воспалительные процессы челюстей, обусловленные и дистопией, и (или) ретенцией зубов – в 11,67% случаев [4]. В то же время люди среднего возраста удаляют зубы в связи с острым гнойным одонтогенным ограниченным периоститом (44,97%), обострившимся хроническим периодонтитом (28,11%), а также по поводу обострения пародонтита (14,8% случаев) [3]. Люди пожилого и старческого возраста, в основном, удаляют зубы в связи с проведением санационных мероприятий перед зубным протезированием по поводу хронических стоматологических заболеваний, а именно хронического пародонтита – в 49,58% и 49,56% случаев соответственно, хронического периодонтита – в 33,63% и 27,05% случаев соответственно, а также по ортопедическим показаниям – в 6,62% и 9,53% случаев соответственно. Установлено, что за одно посещение люди пожилого и старческого возраста удаляют, соответственно, 1,31 и 1,95 зуба [5, 7].

В современной стоматологической практике, наряду с хирургическими зубосохраняющими методами лечения периапикальных и пародонтальных хронических очагов одонтогенной инфекции, кист челюстей, удаление зубов по-прежнему является самой частой операцией, в том числе при дистопии и ретенции третьих моляров. Выполнение этих хирургических вмешательств сопряжено с травмой костной ткани челюстей, а также образованием в ней дефектов, что требует разработки методов, направленных на сохранение объема костной ткани альвеолярных отростков (дуг) челюстей [1, 2]. Кроме того, частое применение в стоматологической практике для реабилитации пациентов дентальной и скуловой имплантации также обуславливает сохраняющуюся актуальность этой проблемы для стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [5]. Замещение костных дефектов и восстановление анатомии костной ткани челюстей с целью дальнейшего рационального зубного протезирования с опорой на дентальные имплантаты даже на современном этапе представляет актуальную и непростую задачу для врачей-стоматологов [6]. Вместе с этим до настоящего времени в клиниче-

ской стоматологии не исследовались вопросы по защите лунки зуба после его удаления.

Цель исследования. Изучить частоту использования и провести анализ методов по защите лунки зуба после его удаления, а также при пластике одно-, двух- и трёхстеночного дефекта костной ткани после установки дентального имплантата у взрослых людей разных возрастных групп.

Материал и методы исследования. В ходе клинического исследования изучена первичная медицинская документация (ПМД) государственных, ведомственных и частных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Санкт-Петербурга и Ленинградской области за 2012-2015 гг. Была исследована ПМД в двух городских стоматологических поликлиниках разных районов Санкт-Петербурга, которые были условно обозначены: городская стоматологическая поликлиника «А» и городская стоматологическая поликлиника «Б», ведомственные ЛПУ также были зашифрованы: учреждение «А» и учреждение «Б». Клинический материал трёх частных ЛПУ, расположенных в городе и области, был проанализирован совместно, без разделения. Всего было проанализировано 150816 первичных медицинских документов (ПМД), главным образом амбулаторных карт стоматологических больных и истории болезней пациентов специализированного стационара многопрофильной клиники.

Для распределения пациентов по возрасту (молодой, средний, пожилой, старческий) применялась общепринятая возрастная периодизация ВОЗ 1991 года.

Среди горизонтальных методов костной пластики челюстей особое внимание уделяли пластике одно-, двух- и трёхстеночного дефекта костной ткани после установки дентального имплантата. Методы 3D-костной пластики отдельно в исследовании не рассматривались. В отдельную группу было выделено хирургическое вмешательство по защите лунки после операции удаления зуба при отсроченной дентальной имплантации. При таких операциях учитывали использование нерезорбируемых мембран с памятью формы. Методика защиты лунки также была разделена на применение остеокондуктивных или остеоиндуктивных метериалов с барьерной мембраной или без неё.

При анализе материала учитывали использованные в ходе стоматологической реабилитации пациентов методы костной пластики, а также использованные для их осуществления материалы. Полученные в ходе исследования показатели вносили в базу данных, созданную в программе «Microsoft Access». Статистическую обработку произвели с применением программы «Statisticafor Windows» версии 7.0.

Результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что во всех ЛПУ, независимо от формы собственности, пациенты среднего возраста, которым выполнялись костнопластические операции на челюстях, значительно преобладали над пациентами других возрастных групп, при этом количество женщин практически в 2 раза превышало количество мужчин.

Анализ ПМД показал, что в городских стоматологических поликлиниках Санкт-Петербурга применялась пластика дефектов костной ткани при установке дентальных имплантатов, которая в структуре костнопластических операций составила 67% и 82% соответственно, расщепление тонкого альвеолярного гребня проводилось в 12% и 8% случаев соответственно, аутокостный блок применялся в 21% и 10% случаев соответственно.

В двух обследованных ведомственных ЛПУ из костнопластических операций на челюстях наиболее часто применялось расщепление тонкого альвеолярного гребня – 35% и 48% случаев соответственно, пластика с использованием костного блока – 35% и 28%, а также пластика несколько-стеночного дефекта – в 30% и 24% случаев, соответственно, в учреждении «А» и «Б».

В частных стоматологических клиниках Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 77% случаев выполнялась пластика одно-, двух- и трехстеночных дефектов, реже – в 16% случаев – расщепление тонкого альвеолярного гребня, еще реже (в 7% случаев) применялись аутокостные блоки.

Следует отметить, что трёхмерная костная пластика на челюстях во всех ЛПУ выполнялась чаще с использованием коллагеновой мембраны. В городских стоматологических поликлиниках мембрана с памятью формы применялась в 33% и 12% случаев соответственно. В ведомственных учреждениях в 48% и 12% случаев соответственно, в частных клиниках – в 27% случаев.

Трёхмерная костная пластика на челюстях во всех ЛПУ выполнялась чаще с использованием коллагеновой мембраны. В городских стоматологических поликлиниках мембрана с памятью формы применялась в 33% и 12% случаев соответственно. В ведомственных учреждениях – в 48% и 12% случаев соответственно, в частных клиниках – в 27% случаев.

Защита лунки после удаления зуба в большинстве случаев если и проводилась, то выполнялась без использования коллагеновой мембраны. В городских стоматологических поликлиниках коллагеновая мембрана использовалась в 4% и 9% случаев соответственно, в ведомственных учреждениях не применялась вообще, а в частных клиниках – в 5% случаев.

Необходимо упомянуть о частоте применения методики защиты лунки в каждом из ЛПУ в процентном соотношении по отношению к количеству операций удаления зубов. В городских стоматологических поликлиниках данный показатель составил менее 1%, в ведомственных учреждениях – около 5%, в частных стоматологических клиниках – около 20%, что скорее всего обусловлено большей платежеспособностью пациентов, а также временем, отводимым на прием каждого пациента, в том числе возможностью просветительской работы, а также планирования лечебно-профилактических мероприятий.

Необходимо подчеркнуть, что в городских стоматологических поликлиниках и ведомственных ЛПУ частота применения отечественных остеопластических препаратов (графты и мембраны) была выше и составляла около 50%. В частных стоматологических клиниках 87,3% операций проводилось с применением импортных остеозамещающих препаратов. Также в ведомственных и государственных ЛПУ при пересадке костных блоков наиболее часто использовался аутотрансплантат, а в частных стоматологических клиниках доля использования аутокостного блока составляла около 40%.

Заключение. В ходе проведённого клинического исследования было установлено, что частота применения методики защиты лунки в городских стоматологических поликлиниках по отношению к общему числу удалённых зубов составляет менее 1%, в ведомственных учре-

ждениях – около 5%, в частных стоматологических клиниках – около 20%. Более широкое использование методов защиты лунки после удаления зуба в частных стоматологических клиниках, очевидно, обусловлено финансовыми возможностями пациентов, посещающих эти ЛПУ, большими временными возможностями врачей стоматологов-хирургов частных стоматологических клиник, отводимыми на приём пациентов, а также планированием последующих стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, предусматривающих обязательное использование дентальной имплантации при стоматологической реабилитации пациентов. В ведомственных и городских (муниципальных) ЛПУ Санкт-Петербурга доля использования врачами хирургами-стоматологами отечественных и импортных материалов для костной пластики челюстей практически одинакова. В частных ЛПУ Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 90% случаев врачами хирургами-стоматологами используются импортные материалы для костно-пластических операций, которые способствуют оптимизации репаративного остеогенеза костной ткани челюстей.

Литература

1. Иорданишвили, А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей / А.К. Иорданишвили. – Санкт-Петербург : Нордмед-издат, 2000. – 224 с.
2. Иорданишвили, А.К. Репаративный остеогенез: инновационный подход к его оптимизации / А.К. Иорданишвили, А.Г. Слугина, Д.В. Балин // Экология и развитие общества. – 2013. – № 4 (9). – С.74-75.
3. Иорданишвили, А.К. Геронтостоматология / А.К. Иорданишвили. – Санкт-Петербург : Человек, 2015. – 214 с.
4. Возрастные особенности репаративного остеогенеза челюстей / А.К. Иорданишвили, А.Г. Слугина, Д.В. Балин, А.А. Сериков // Курский науч.-практич. вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С 15-21.
5. Иорданишвили, А.К. Репаративный остеогенез челюстей и методы его оптимизации : учебное пособие / А.К. Иорданишвили, А.Г. Слугина, Е.В. Шенгелия. – Санкт-Петербург : Человек, 2014. – 52 с.
6. Усиков, Д.В. Морфологические и клинические аспекты репаративной регенерации костной ткани челюстей / Д.В. Усиков, А.К. Иорданишвили, Е.В. Шенгелия. – Санкт-Петербург : Нордмедиздат, 2014. – 114 с.

7. Шенгелия, Е.В. Результаты хирургического лечения больных с заболеваниями жевательного аппарата при использовании высокоочищенного костного матрикса / Е.В. Шенгелия, А.К. Иорданишвили, М.И. Музыкин // Институт стоматологии. – 2014. – № 1 (62). – С. 68-71.

* * *

УДК 616.4-001.3-086.84

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВЕРХНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

Коровин Н.В.*, Пономарёв А.А.**, Иорданишвили А.К.***

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»,
г. Санкт-Петербург (Россия)

**ГБОУ ВО «Белгородский государственный исследовательский
университет», Белгород (Россия)

***ГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург (Россия)

E-mail: mdgrey@bk.ru

Аннотация. На основе анализа 5708 амбулаторных карт стоматологического больного пациентов в возрасте от 18 до 88 лет проведено исследование осложнений после удаления верхних третьих моляров. Установлено, что операция удаления верхнего зуба мудрости встречается в 7,8% случаев, частота осложнений достигает 21,2%, а продолжительность нетрудоспособности пациентов при возникновении осложнений после операции удаления верхнего зуба мудрости составляет 1,9 – 2,3 суток.

Ключевые слова: зубы мудрости, операция удаления зуба, осложнения, альвеолит, луночковое кровотечение, синдром сухой лунки.

COMPLICATIONS AFTER REMOVAL OF THE UPPER THIRD MOLARS

Korovin N. V. *, Ponomaryov A.A. **, Iordanishvily A.K. ***

*Military Medical College named after S. M. Kirov", St. Petersburg (Russia);

**Belgorod State Research University, Belgorod (Russia)

***North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikova,
St. Petersburg (Russia)

Abstract. The analysis of complications after removal of the upper third molar tooth has been carried out based on the analysis of 5708 outpatient cards of the dental patients aged from 18 to 88 years. It has been established that removal operation of the upper wisdom tooth was in 7,8% of cases, the frequency of complications reached 21,2%, and duration of disability of patients after removal operation of the upper wisdom tooth made 1,9 – 2,3 days.

Keywords: wisdom teeth, operation of odontectomy, complications, alveolitis, alveolar bleeding, syndrome of the dry alveolar socket.

Актуальность. В настоящее время большое число работ отечественных и зарубежных авторов посвящено изучению различных аспектов стоматологии, связанных с затруднённым прорезыванием зубов мудрости. В этих публикациях большое внимание уделяется как исследованию причин возникновения затрудненного прорезывания третьих моляров, так и методам лечения [4]. Большинство специалистов ретенцию третьих моляров связывают с недостатком места в челюсти [1, 2, 3]. Такую точку зрения подтверждают учёные-морфологи, в результатах ранее проведённых анатомических исследований которых указано, что в этиологии затруднённого прорезывания зубов мудрости большое значение придают филогенетическим факторам [5]. В частности, по их мнению, недостаток места в ретромолярной области нижней челюсти обусловлен редукцией нижней челюсти в процессе филогенеза, а также её недоразвитием в процессе онтогенеза [7]. Последние работы анатомов показали, что недостаток места для зубов мудрости на нижней челюсти обуславливается как уменьшением протяженности зоны роста нижней челюсти в области её углов, так и диспропорцией между необходимыми размерами ячейки нижнего третьего моляра и реальных размерами его местоположения в альвеолярной части нижней челюсти [6]. Так, установлено, что затрудненное прорезывание нижних третьих моляров встречается чаще у лептопрозопов, чем у мезо- и эурипрозопов, что обусловлено меньшими показателями ретромолярного пространства. Так, у лептопрозопов ретромолярное расстояние, толщина и высота тела нижней челюсти на уровне середины ретромолярного пространства при данной форме лицевого черепа уменьшены на 2-3 мм [2].

В литературе также большое внимание уделяется совершенствованию методики лечения дистопии и (или) ретенции зубов мудрости [4, 5, 7], особенно на нижней челюсти, а вопросы патологии зубов мудрости на верхней челюсти практически не рассматриваются. Имеются лишь единичные публикации, в которых вопросы патологии зубов мудрости обсуждаются в медико-социальном аспекте [6]. В связи с этим проведено настоящее клиническое исследование.

Целью исследования являлось изучить частоту и структуру осложнений, возникающих при удалении зубов мудрости верхней челюсти в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) разной формы собственности.

Материал и методы исследования. Для изучения частоты и структуры осложнений, встречающихся при удалении зубов мудрости верхней челюсти в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях разной формы собственности, было изучено 5708 амбулаторных карт стоматологического больного или других первичных медицинских документов (ПМД) в амбулаторно-поликлинических стоматологических учреждениях разной формы собственности городов Санкт-Петербурга, Белгорода, а также Ленинградской и Белгородской областей. Был проведён анализ 2622 ПМД мужчин и 3086 ПМД женщин в возрасте от 18 до 88 лет. В государственных (муниципальных) ЛПУ изучено 2138 ПМД (1009 мужчин, 1129 женщин), в ведомственных ЛПУ – 1217 ПМД (976 мужчин, 241 женщины), в частных ЛПУ изучено 2353 ПМД, в том числе 637 – мужчин и 1716 – женщин. При изучении ПМД выбирали те, в которых имелись сведения об обращении владельцев ПМД к врачам стоматологам-хирургам в связи с патологией зубов мудрости верхней челюсти. Определяли частоту обращений пациентов в связи с патологией зубов мудрости верхней челюсти к врачам стоматологам-хирургам, уточняли причины, в связи с которыми проводились операции, а также оценивали частоту и структуру осложнений, возникающих после операции удаления зуба мудрости верхней челюсти. Полученные в ходе исследования показатели вносили в базу данных, созданную в программе «Microsoft Access». Статистическую обработку произвели с применением программы «Statistica for

Windows» версии 7.0. Применяли методику определения числовых характеристик переменных; сравнение двух независимых выборок и многофакторный корреляционный анализ. При статистической обработке полученных результатов использовали стандартизацию показателей, оценивали относительную интенсивность явлений и показатели динамических рядов, определяли достоверность результатов. Достоверным признавалось различие при критерии достоверности (t) не менее 2, что соответствует безошибочному прогнозу в 95,5% и вероятности ошибки не более 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты клинического исследования 5708 ПМД показали, что по поводу патологии зубов мудрости верхней челюсти в амбулаторно-поликлинические учреждения Санкт-Петербурга и Ленинградской области, а также Белгорода и Белгородской области обращались: 7,3% (156 чел.) пациентов – в муниципальные, 7,72% (94 чел.) – в ведомственные и 7,35% (173 чел.) – в частные стоматологические лечебно-профилактические учреждения.

Причины, в связи с которыми врачи-стоматологи удаляли верхние зубы мудрости, были следующими. В муниципальных стоматологических ЛПУ верхние зубы мудрости удаляли по поводу перикоронита в 1,93% случаев (3 чел.), периостита – в 7,69% (12 чел.), хронического периодонтита – 42,31% (66 чел.), обострения хронического периодонтита – в 33,97% (53 чел.) и пародонтита – 14,1% случаев (22 чел.). В ведомственных ЛПУ верхние зубы мудрости удаляли по поводу перикоронита в 2,13% случаев (2 чел.), периостита – в 9,57% (9 чел.), хронического периодонтита – 46,81% (44 чел.), обострения хронического периодонтита – в 23,4% (22 чел.) и пародонтита – 18,09% случаев (17 чел.). В частных стоматологических клиниках и кабинетах верхние зубы мудрости удаляли по поводу перикоронита в 1,16% случаев (2 чел.), периостита – в 1,73% (3 чел.), хронического периодонтита – 37,57% (65 чел.), обострения хронического периодонтита – в 41,04% (71 чел.) и пародонтита – 18,5% случаев (32 чел.).

Установлена частота встречаемости осложнений, возникающих после операции удаления верхнего зуба мудрости. Так, в муниципальных учреждениях осложнения после удаления зубов мудрости верхней че-

лости встречались в 21,15% (33 чел.) случаев, в ведомственных учреждениях – в 30,85% (29 чел.), в частных ЛПУ – в 4,62% (8 чел.). По данным ПМД, реже осложнения после операции удаления верхнего третьего моляра встречались в частных ($p \leq 0,001$).

Результаты изучения структуры осложнений, возникающих после операции удаления верхнего зуба мудрости, следующие. В муниципальных стоматологических ЛПУ разрывы слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти были зафиксированы в ПМД в 0,64% случаев (1 чел.), луночковое кровотечение – в 5,77% (9 чел.), синдром сухой лунки – 1,92% (3 чел.), перфорация верхнечелюстной пазухи – в 2,56% (4 чел.), альвеолит – 7,05% случаев (11 чел.), перелом корня зуба, что потребовало направления пациента в специализированный стационар, – в 3,21% случаев (5 чел.). В ведомственных ЛПУ луночковое кровотечение при удалении верхнего зуба мудрости было зафиксировано в ПМД в 5,32% (5 чел.), синдром сухой лунки – 2,13% (2 чел.), перфорация верхнечелюстной пазухи – в 3,19% (3 чел.), альвеолит – 13,83% случаев (13 чел.), перелом корня зуба, что потребовало направления пациента в специализированный стационар, – в 6,38% случаев (6 чел.). В частных ЛПУ луночковое кровотечение при удалении верхнего зуба мудрости было зафиксировано в ПМД в 1,73% (3 чел.), альвеолит – 1,73% случаев (3 чел.), перелом корня зуба, что потребовало направления пациента в специализированный стационар, – в 1,16% случаев (2 чел.).

В муниципальных и ведомственных учреждениях при возникновении осложнений после операции удаления верхнего зуба мудрости (перфорация верхнечелюстной пазухи, альвеолит) пациентам выдавали листок нетрудоспособности. Средние сроки освобождения пациентов от работы в муниципальных и ведомственных учреждениях составили, соответственно, $1,9 \pm 0,76$ суток и $2,3 \pm 0,86$ суток.

Заключение. Результаты клинического исследования позволяют заключить, что независимо от вида собственности стоматологического лечебно-профилактического учреждения операция удаления верхнего зуба мудрости встречается часто, а именно у 7,31-7,75% пациентов, обращающихся к врачу стоматологу-хирургу. Основными причинами,

в связи с которыми проводится данная операция, являются у взрослых людей хронический или обострение хронического периодонтита (соответственно, 37,57-46,81% и 23,4-41,04%), реже – патология пародонта, а именно в 14,1-18,5% случаев. Частота встречаемости осложнений, возникающих после операции удаления верхнего зуба мудрости, в муниципальных учреждениях достигает 21,15% случаев, в ведомственных учреждениях – 30,85% , в частных ЛПУ – 4,62%. Из осложнений операции удаления верхнего зуба мудрости наиболее часто встречаются альвеолиты, луночковые кровотечения, переломы корня зуба, реже – синдром сухой лунки, перфорация верхнечелюстной пазухи, разрывы слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти. Продолжительность нетрудоспособности пациентов при возникновении осложнений после операции удаления верхнего зуба мудрости составляет в среднем 1,9 – 2,3 суток.

Литература

1. Васильченко, Г.А. Анализ теорий затруднённого прорезывания зубов / Г.А. Васильченко А.К. Иорданишвили // Экология и развитие общества. – 2015. – № 2 (13). – С. 101-102.
2. Гайворонский, И.В. Ретенция зубов мудрости нижней челюсти / И.В. Гайворонский, А.К. Иорданишвили, Г.А. Васильченко. – Санкт-Петербург : Нордмедиздат, 2011. – 142 с.
3. Иорданишвили, А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей / А.К. Иорданишвили. – Санкт-Петербург : Нордмедиздат, 2000. – 217 с.
4. Иорданишвили, А.К. Экспертиза и ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при затруднённом протезировании зубов мудрости и осложнениях : учебное пособие / А.К. Иорданишвили, Г.А. Васильченко. – Санкт-Петербург : Нордмедиздат, 2011. – 14 с.
5. Иорданишвили, А.К. Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата / А.К. Иорданишвили. – Санкт-Петербург : Человек, 2015. – 140 с.
6. Медицинские, социальные и экономические аспекты затрудненного прорезывания зубов «мудрости» / А.К. Иорданишвили, Г.А. Васильченко, А.М. Сагалатый [и др.] // Институт стоматологии. – 2011. - № 1 (50). – С. 28-29.
7. Музыкин, М.И. Периоститы челюстей и их лечение / М.И. Музыкин, А.К. Иорданишвили, Г.А. Рыжак. – Санкт-Петербург : Человек, 2015. – 112 с.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ С УЧЁТОМ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

*Лобейко В.В.**, Иорданишвили А.К.**

**ГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург (Россия)*

***Институт биорегуляции и геронтологии, г. Санкт-Петербург (Россия)*

E-mail: mdgrey@bk.ru

Аннотация. Представлены результаты лечения 22 больных (2 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 61 до 79 лет, страдающих сиалозами и коморбидной патологией. Показано, что применение комплекса упражнений лечебной физической культуры в комплексе с пептидным биорегулятором «Везуген», фитопрепаратами («Лесмин», «Йод-элам», «Фитолон») и линиментом циклоферона позволило сократить сроки стационарного лечения больных пожилого и старческого возраста, страдающих сиалозами, а также повысить эффективность комплексной терапии на 4,9%.

Ключевые слова: сиалозы, полиморбидность, общесоматическая патология, врачи-интернисты, слюноотделение, припухлость слюнных желез.

TREATMENT OF PATHOLOGY OF SALIVARY GLANDS TAKING INTO ACCOUNT MULTIMORBIDITY

*Lobeyko V. V.**, Iordanishvili A.K.**

**North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikova,
St. Petersburg (Russia)*

***Institute of Bioregulation and Gerontology, St. Petersburg (Russia)*

Abstract. Results of treatment of 22 patients (2 males and 20 females) aged from 61 to 79 years suffering from Mikulicz syndrome and comorbide pathology were presented. It is shown that the use of medical physical training exercises with the peptide «Vezugen» bioregulator, phyto drugs («Lesmin», «Iodine-Elam», «Fitolon») and cycloferon linimentum, allowed to reduce terms of hospitalization of the patients of senile age suffering from Mikulicz syndrome and also to increase efficiency of complex therapy in 4,9%.

Keywords: Mikulicz syndrome, multimorbidity, somatic pathology, doctors-interns, salivation, salivary glands swelling.

Введение. Заболевания слюнных желез представляют собой хронически протекающую реактивно-дистрофическую с воспалительным компонентом патологию, развивающуюся на фоне коморбидной патологии [1, 3, 4, 6, 7]. Патология слюнных желез плохо поддается общепринятому лечению и очень мучительна для больных из-за сухости в полости рта (синдром «сухого рта»), возникающей вследствие гипосаливации, которая усугубляется сопутствующими соматическими заболеваниями [2, 3, 5].

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения людей пожилого и старческого возраста, страдающих реактивно-дистрофической патологией слюнных желез, протекающих на фоне коморбидных состояний и использованием фитотерапии и упражнений лечебной физической культуры (ЛФК).

Материал и методы исследования. В ходе исследования проведен ретроспективный анализ историй болезни 13 пациентов (1 мужчина и 12 женщин) в возрасте от 61 до 79 лет, которые находились на стационарном лечении по поводу сиалозов. По данным историй болезни уточняли проводимую терапию, её эффективность и сроки лечения пациентов.

Под наблюдением находилось 22 больных (2 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 61 до 79 лет, страдающих сиалозами и коморбидной патологией. В 1 контрольную группу вошли 11 человек (1 мужчина и 10 женщин), в том числе 4 человека, страдающих болезнью Микулича, и 7 человек, страдающих синдромом Шегрена. Одновременно с лечением общесоматической патологии осуществляемой врачами-интернистами, проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, направленные на повышение слюноотделения и уменьшение припухлости слюнных желез, так как ни у кого из обследуемых пациентов не было выявлено обострения воспалительного процесса в слюнных железах. Всем пациентам проводилось десенсибилизирующее (супрастин, димедрол) и общеукрепляющее (биокорректор питания «Лесмин», продолжительностью 30 суток) лечение. Для стимулирования секреторной функции слюнных желез использовали биокорректор питания «Йод-элам» и пептидный биорегулятор «Везуген» в течение месяца, а также проводили инстилляциии пораженной околоушной железы антисептическими растворами (фурацилин) и ферментными препаратами (химопсин, химотрипсин) с последующим введением 5% спиртового

раствора «Фитолон» в выводной проток пораженной железы однократно в течение 5-7 дней, с последующей его заменой на 5% линимента циклоферона, который также вводился в выводной проток пораженной железы раз в сутки в течение 5-7 дней.

Во 2 основную группу вошли 11 человек (1 мужчина и 10 женщин), в том числе 4 человека, страдающих болезнью Микулича, и 7 человек, страдающих синдромом Шегрена. Пациентам основной группы, кроме вышеперечисленных лечебно-профилактических мероприятий, дополнительно назначали упражнения лечебной физической культуры по общепринятой методике [7], которые осуществлялись ежедневно в течение 10-14 суток. Следует отметить, что физиотерапевтические процедуры пациентам, страдающим сиалозами, были противопоказаны из-за наличия сопутствующей коморбидной патологии. Оценку степени тяжести клинического течения сиалоза у людей пожилого и старческого возраста, а также эффективности лечения проводили с помощью методики [2], которая учитывает: 1) общее состояние больного, 2) размеры слюнных желез; 3) состояние тканей слюнных желез при пальпации; 4) характеристику состояния малых слюнных желез; 5) состояние функции слюноотделения, а также позволяет объективно оценить степень тяжести течения и эффективность проведенного комплексного лечения.

Результаты исследования. По данным историй болезни, все 13 пациентов были выписаны с незначительным улучшением, средний срок стационарного лечения составил $23 \pm 6,5$ суток.

Средний срок лечения пациентов контрольной группы составил $16 \pm 2,6$ суток. Показатель эффективности лечения у больных этой группы составил 26,73%. За время стационарного лечения у пациентов этой группы улучшилось общее состояние, отмечено некоторое уменьшение припухлости лица, из-за увеличения слюнных желез, а также незначительное уменьшение сухости в полости рта. Средний срок лечения пациентов основной группы составил $14 \pm 2,3$ суток. Показатель эффективности лечения у больных основной группы составил 31,63%. Исследование показало, что регулярное использование фитотерапии и комплекса упражнений ЛФК в период стационарного лечения больных пожилого и старческого возраста, страдающих реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез, положительно влия-

ет на динамику течения заболевания. Применение упражнений ЛФК даёт возможность положительно влиять на крово- и лимфообращение, улучшая общий и местный обмен веществ в околочелюстных тканях и тканях полости рта, что способствует купированию воспалительных явлений в тканях больших слюнных желез.

Заключение. Применение комплекса упражнений лечебной физической культуры в комплексе с пептидным биорегулятором «Везуген», фитопрепаратами («Лесмин», «Йод-элам», «Фитолон») и линиментом циклоферона позволило сократить сроки стационарного лечения больных пожилого и старческого возраста, страдающих сиалозами, а также повысить эффективность комплексной терапии на 4,9%.

Литература

1. Иорданишвили, А.К. Частота и причины функциональных нарушений слюноотделения у людей разного возраста / А.К. Иорданишвили, В.В. Лобейко, М.В. Жмудь // Успехи геронтологии. – 2012. – № 3. – Т.25. – С. 531-534.
2. Иорданишвили, А.К. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желёз / А.К. Иорданишвили, В.В. Лобейко, М.В. Жмудь // Пародонтология. – 2012. – №2 (63). – С.71-75.
3. Иорданишвили, А.К. Оптимизация лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, возникших в результате комбинированного лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны у людей старших возрастных групп / А.К. Иорданишвили, Е.В. Филиппова, Д.А. Либих [и др.] // Медлайн.ру. – 2013. – №13. –Т.89. – С. 1054-1065.
4. Самсонов, В.В. Актуальные вопросы геронтостоматологии в России на современном этапе / В.В. Самсонов, А.К. Иорданишвили, Л.Н. Солдатова // Успехи геронтологии. – 2013. – №3. – Т.26. – С. 540-543.
5. Лобейко, В.В. Опухоли слюнных желёз у взрослых людей разных возрастных групп / В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили, М.И. Батманов // Институт стоматологии. – 2014. – №1 (62). – С.81-83.
6. Лобейко, В.В. Лучевые сиалоаденопатии у пожилых и старых людей и их лечение / В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – №1. – Т.45. – С.75-79.
7. Лобейко, В.В. Характеристика диагностических и лечебных мероприятий среди взрослых людей разного возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез / В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили // Курский науч.-практич. вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 1. – С.81-84.

РАЗДЕЛ IV

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 611.724

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДИСФУНКЦИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ЖИТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯКУТИИ

Ушницкий И.Д.*, Заусаев Н.А.*, Пупелене М.Ю.** Вербицкий М.Г.**

**ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*

***ГАУ РС (Я) «Стоматологическая поликлиника г. Якутска»*

E-mail: incadim@mail.ru

Аннотация. В работе представлены данные стоматологического обследования больных с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава, проживающих в Центральной Якутии. При этом установлен высокий уровень распространенности патологических процессов в области представленных суставов со спектром соответствующих клинических признаков. В регионе отмечается отсутствие врачей стоматологов-гнатологов, что вызывает некоторые трудности в совершенствовании оказания стоматологической помощи больным с дисфункциями ВНЧС.

Ключевые слова: мышечно-суставная дисфункция, окклюзионно-артикуляционные нарушения, гнатология.

THE CHARACTERISTIC OF CLINICAL SYMPTOMS OF DYSFUNCTIONS OF THE TEMPORAL AND MANDIBULAR JOINT AMONG INHABITANTS OF THE CENTRAL YAKUTIA

*Ushnitsky I.D. *, Zausaev N.A. *, Pupelene M.Yu. **, Verbitsky M.G. ***

**North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov, Yakutsk (Russia)*

***Dental policlinic of Yakutsk, Yakutsk (Russia)*

E-mail: incadim@mail.ru

Abstract. The work presents the data of dental examination of patients with dysfunctions of temporal and mandibular joint living in the Central Yakutia. The

high level of prevalence of pathological processes in the presented joints with a range of the corresponding clinical signs has been established. But at the same time, there is the absence of dentists-gnathologists in the region that causes some difficulties in improvement of dental help to patients with TMJD dysfunctions.

Keywords: joint and muscle dysfunction, occlusal-articulation disorders, gnatology.

Введение. Дефекты зубов и зубных рядов являются широко распространенной патологией челюстно-лицевой области и встречаются у 80-90% взрослого населения [1, 3, 6]. При отсутствии своевременного и рационального лечения данная патология осложняется нарушениями окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений в сочетании с патологией височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц [2, 4, 5]. Заболевание представляет широкий спектр клинических симптомов, которые затрудняют диагностику, поэтому не всегда есть возможность распознать данную патологию на ранних стадиях, что усугубляет ее течение в дальнейшем [7, 8].

Необходимо отметить, что совершенствование оказания стоматологической помощи населению базируется на знаниях клинико-диагностических особенностей патологических процессов органов и тканей полости рта, а также челюстно-лицевой области. В связи с этим исследования, направленные на решение данных проблем, являются актуальными.

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений дисфункций височно-нижнечелюстного сустава у взрослого населения Центральной Якутии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ортопедического отделения стоматологической поликлиники ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» и ГАУ РС (Я) «Стоматологическая поликлиника г. Якутска». Всего было обследовано 50 пациентов в возрасте от 25 до 55 лет.

Для определения степени выраженности мышечно-суставной дисфункции у данных пациентов применяли клинический индекс дисфункции Nelkimo.M (1976), где критериями оценки являлись: подвижность нижней челюсти – не ограничена (открытие рта 50 мм, боковые и передние движения 7 мм) - 0 баллов; немного ограничена (открытие рта

30-39 мм, боковые и передние движения 4-6 мм) - 1 балл; сильно ограничена (открывание рта менее 30 мм, боковые и передние движения 0-3 мм) – 5 баллов. Функция сустава – открывание и закрывание рта по средней линии (допустимо в конце открывания рта боковое смещение на 2 мм) без суставного шума, определяемого пальпаторно – 0 баллов; суставной шум, определяемый пальпаторно, и/или боковое смещение нижней челюсти на 2 мм в конце открывания – 1 балл; дислокация суставной головки или кратковременное блокирование движений суставной головки – 5 баллов; мышечная боль – жевательные мышцы при пальпации безболезненны – 0 баллов; болезненны от одной до трёх мышц – 1 балл; четыре и более мышц болезненны при пальпации – 5 баллов; суставная боль – сустав болезненный при пальпации – 0 баллов; сустав болезненный при пальпации снаружи или сзади – 1 балл; сустав болезненный при пальпации снаружи и сзади – 5 баллов; боль при движении нижней челюсти – отсутствует – 0 баллов; при одном движении – 1 балл; при двух и более движениях – 5 баллов. При проведении комплексного стоматологического обследования все пациенты проходили рентгенологическое обследование на аппарате R OP200 D «Ортоцеф ОС200D» (Финляндия) при напряжении рентгеновской трубки в диапазоне 60-70 кВ, силе тока 7-10 мА, длительность экспозиции 10-12 с.

Статистическая обработка клинического материала проводилась с применением стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о наличии некоторых особенностей в проявлениях клинических симптомов. Так, почти у половины обследованных ($48,11 \pm 1,63\%$) выявлялась мышечно-суставная дисфункция средней степени тяжести, которая часто сопровождается суставными болями, шумами и ограничением открывания рта с определенными боковыми и передними движениями. Далее по частоте идут дисфункции легкой степени, где показатель находился в пределах цифровых значений $25,99 \pm 2,32\%$. При этом жалобы больных в основном включали суставные шумы при открывании и закрывании рта. Тем временем у $6,13 \pm 2,95\%$ обследованных выявляли мышечно-суставные дисфункции тяжелой степени, они включали широкий спектр клинических признаков с анатомическими изменениями в суставе. Но в то же время у $19,77 \pm 2,51\%$ отмечалось отсутствие симптомов дисфункции ВНЧС.

Оценка результатов исследования характеризует о том, что распространенность дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у взрослого населения Центральной Якутии составляет $80,23 \pm 0,62\%$. При этом необходимо подчеркнуть, что основной причиной возникновения и развития патологических процессов в области данных суставов является потеря зубов по поводу осложнений кариеса и заболеваний пародонта. Показатели распространенности кариеса зубов были на уровне $99,03 \pm 0,01\%$, а патологических процессов тканей пародонта – $97,54 \pm 0,31\%$.

Необходимо отметить, что в стоматологической службе региона отсутствуют специалисты-гнатологи, что, в свою очередь, обуславливает определенные трудности в диагностике, лечении, профилактике и реабилитации больных с патологическими процессами ВНЧС, проживающих в суровых природно-климатических условиях Севера.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о высоком уровне распространенности дисфункции ВНЧС у взрослого населения Центральной Якутии. Такая ситуация диктует необходимость подготовки врачей стоматологов-гнатологов для лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля, а также разработки и внедрения комплексной программы профилактики патологических процессов органов и тканей полости рта в регионе.

Литература

1. Губайдуллина, Е.Я. Клинико-рентгенологические аспекты диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстных суставов / Е.Я. Губайдуллина // Стоматология. – 2000. – №1. – С.27-30.
2. Егоров, П.М. Болевая дисфункция височно-челюстного сустава / П.М. Егоров, И.С. Карапетян. – Москва : Медицина, 1986. – 186 с.
3. Лебеденко, И.Ю. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы : учеб. пособие. – 2-е изд. / И.Ю. Лебеденко. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 112 с.
4. Пузин, М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. – Москва : Медицина, 2002. – 182 с.
5. Рабухина, Н.А. Клинико-рентгенологические проявления мышечного дисбаланса ВНЧС / Н.А. Рабухина и др. // Стоматология. – 1997. – № 5. – С. 15-17.
6. Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф.Я.Хорошилкиной. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 1999. – 468 с.

7. Тревелл, Дж. Миофасциальные боли / Дж.Тревелл, Д.Г. Симонс. – Москва : Медицина, 1989. – 152 с.

8. Ушницкий, И.Д. Стоматологические заболевания и их профилактика у жителей Севера / И.Д. Ушницкий, В.П. Зеновский, Т.В. Вилова. – Москва : Наука, 2008. – 172 с.

9. Хватова, В.А. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии / В.А. Хватова. – Москва : Медицинская книга, 2007. – 294 с.

* * *

УДК 616.08-035

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ ВАНТОВЫМ МЕТОДОМ И АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМОЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ

Чижев Ю.В.* , Багинский А.Л. * , Казанцева Т.В. * , Селифонова А.В.* ,
Стынкэ М.Г.* , Варламов П.Г. **

**ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск (Россия)*

***ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*

E-mail: baginskii@inbox.ru

Аннотация. В работе представлены данные сравнительной характеристики эффективности шинирования зубов вантовым методом и адгезивной системой «Construct» при комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени. При этом по обращаемости за шинированием зубов и по количеству обследуемых женщин было значительно больше, чем мужчин. По распространенности локализаций шинируемых зубов наиболее часто встречалась фронтальная группа зубов и редко фронтопарасагиттальная.

Ключевые слова: шинирование зубов, вантовые зубные протезы, адгезивные материалы, избирательное пришлифовывание, хронический генерализованный пародонтит.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE EFFECTIVENESS OF SPLINTING TEETH BY CABLE METHOD AND ADHESIVE SYSTEM

Chizhov Y.V. *, Baginski A.L. *, Kazantseva T.V. *,
Selifonova A.V. *, Stynke M.G. *, Varlamov P.G. **

**Krasnoyarsk State Medical University*

named after professor V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk (Russia)

***Medical Institute of the North-Eastern Federal University*

named after M.K. Ammosov, Yakutsk (Russia)

E-mail: baginskii@inbox.ru

Abstract. The work presents the data of the comparative characteristic of efficiency of splinting teeth by cable method and adhesive system ‘Construct’ in complex treatment of chronic generalized periodontal disease of medium severity. At the same time the number of the examined females was more than males by splinting teeth cases. The frontal group of teeth and seldom front parasagittal were most often met by localizations prevalence of the splinting teeth.

Keywords: splinting teeth, cable dentures, adhesives, selective grinding

Введение. Патологический процесс с деструкцией костной ткани альвеолярных отростков, частичное отсутствие зубов, нарушение окклюзионной плоскости и взаимоотношений зубов-антагонистов, подвижность отдельных зубов и изменение их положения приводят к потере зубов, поэтому лечение таких процессов требует комплексного подхода как в диагностике, так и в выборе методов лечения и шинирования [3, 5, 8]. Алгоритмы лечения и методы шинирования при этом планируются для каждого пациента индивидуально, но основные положения идентичны для всех, они связаны с купированием воспалительного процесса, профессиональной гигиеной полости рта, обучением к навыкам индивидуальной гигиены полости рта, лечением кариозного процесса и его осложнений, а также хирургическими, ортопедическими и ортодонтическими методами лечения [1, 2, 4, 5, 7, 8].

Известно, что в современной литературе предложены различные варианты шин для временного, так и постоянного шинирования. Однако полная информация о лечебной эффективности шин противоречива и недостаточна по сравнению с методами шинирования [1, 2, 4, 5, 8]. Шинирование – один из методов лечения заболеваний пародонта, поз-

воляющий снизить вероятность потери зубов [5, 8]. По мнению большинства авторов, основным показанием к шинированию зубов является их патологическая подвижность [1-8]. В настоящее время предложены различные варианты шин для временного и постоянного шинирования, в связи с этим возникает необходимость клинического сравнения в идентичных условиях тех или иных методов шинирования [2, 6, 8].

Цель исследования. Провести сравнительную оценку лечебного эффекта шинированных зубов с хроническим генерализованным пародонтитом вантовым методом с помощью армидной нити и адгезивной системы с армирующей полиэтиленовой лентой «Construct».

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 194 пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит со средней степенью тяжести. Из них 137 женщин, 57 мужчин в возрасте от 50 до 64 лет с отсутствием очагов хронической инфекции и множественных поражений твердых тканей зубов. При этом учитывали трудоспособность пациентов, возраст, пол, степень тяжести генерализованного пародонтита, глубину пародонтальных карманов, патологическую подвижность зубов (2-3 степени) и локализацию зубов на верхней и нижней челюстях с хроническим генерализованным пародонтитом, топографию изготовленной шины (вид стабилизации подвижных зубов: фронтальная, фронтосагиттальная, фронтопарасагиттальная).

Общее количество пациентов подразделялось на 2 группы в зависимости от метода шинирования подвижных зубов. Каждая группа подразделялась на 2 подгруппы – мужчины и женщины: 1 группа – 92 человека (28 мужчин и 64 женщины), где проводилось шинирование подвижных зубов вантовым методом с помощью армидной нити (метод А.Н. Ряховского); 2 группа – 102 человека (29 мужчин и 73 женщины). Пациентам данной группы проведено шинирование подвижных зубов адгезивным методом с помощью армирующей полиэтиленовой ленты «Construct» фирмы «Kerr».

Результаты и их обсуждение. Анализ общего количества обследуемых пациентов – 194 (100,0) показал явное превалирование женщин – 137 (70,6%) перед мужчинами – 57 (29,4%). В структуре группы сохраняется та же тенденция. Возрастные данные обследуемых пациентов укладываются в три категории ВОЗ: 50-54 года; 55-59 лет; 60-64 года. В первой группе категория 50-54 года отсутствует (табл. 1).

В результате исследования количественного показателя по категориям всего количества обследуемых – 194 (100,0%) выявлено, что наибольшее количество шинируемых пациентов имеется в категории 60-64 года – 93 (47,9%), а наименьшее – в категории 50-54 года – 17 (8,8%). Следует отметить и значительный вес по количеству пациентов категории 55-59 лет – 84 (43,3%). В структуре групп, так же как и в общем количестве, наблюдается доминирование старших возрастных групп. В первой группе имеются только категории пациентов 60-64 года и 55-59 лет.

Во второй группе отмечается прямо пропорциональное преобладание старших возрастных категорий над младшими: в возрастной категории 55-59 лет – 41 (40,2%) пациент; в возрастной категории 50-54 года – 17 (16,7%) пациентов.

По количественному показателю возрастных категорий по половому признаку выявлено значительное преобладание количества женщин перед количеством мужчин как в целом по всей совокупности обследуемых пациентов, так и в каждой группе, с уменьшением кратности преобладание обратно пропорционально возрасту. Общее количество обследуемых пациентов по возрастным категориям подразделялось следующим образом: 50-54 года - женщин – 16 (94,0%), мужчин – 1 (6,0%); 55-59 лет – женщин – 64 (76,2%), мужчин – 20 (23,8%); 60-64 года – женщин – 57 (61,3%), мужчин – 36 (38,7%). Следует отметить, что в возрастной категории 50-54 года в первой группе пациентов нет, а во второй – почти полное преобладание женщин – 16 (94,2%) против 1 (5,8%) мужчины. В более старших возрастных категориях преобладание женщин несколько меньше: в категории 55-59 лет женщин – 31 (75,6%), мужчин – 10 (24,4%); в категории 60-64 года женщин – 26 (59,1%), мужчин – 18 (40,9%).

При оценке трудовой занятости всех обследуемых пациентов в целом по совокупности выявлено, что неработающих – 137 (70,6%) значительно больше, чем работающих – 57 (29,4%), а количество женщин, как работающих 39 (68,4 %), так и не работающих – 98 (71,5%), значительно превышает аналогичный показатель у мужчин. Количество неработающих мужчин – 39 (68,4%) и женщин – 98 (71,5%) значительно больше работающих – 18 (31,6%) и 39 (28,5%) соответственно.

Таблица 1

Распределение пациентов с шинируемыми зубами по группам, подгруппам, полу, возрасту и трудовой занятости

Группы	Под- группы по поло- вому признаку	Возрастная категория								Трудовая занятость			
		50-54		55-59		60-64		Всего		работающие		неработающие	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа 1. Вантовый метод шини- рования	М	0	0,0	10	23,3	18	36,7	28	30,4	7	25,0	21	22,8
	Ж	0	0,0	33	76,7	31	63,3	64	69,6	21	75,0	43	67,2
	Всего	0	0,0	43	100,0	49	100,0	92	100,0	28	100,0	64	100,0
Группа 2 Адгезивный метод шини- рования (Construct)	М	1	5,8	10	24,4	18	40,9	29	28,4	11	37,9	18	24,7
	Ж	16	94,2	31	75,6	26	59,1	73	71,6	18	62,1	55	75,3
	Всего	17	100,0	41	100,0	44	100,0	102	100,0	29	100,0	73	100,0
ИТОГО	М	1	6,0	20	23,8	36	48,7	57	29,4	18	31,6	39	28,5
	Ж	16	94,0	64	76,2	57	61,03	137	70,6	39	68,4	98	71,5
	Всего	17	100,0	84	100,0	93	100,0	194	100,0	57	100,0	137	100,0

Аналогичная пропорция между работающими и неработающими мужчинами и женщинами сохраняется в каждой группе. Анализ распределения пациентов по степени тяжести хронического пародонтита шинируемых зубов с превалированным количеством зубов одной степени более 50% показал, что с легкой степенью тяжести зубов пациентов не было (табл. 2). Наибольшее количество пациентов из всей совокупности обследуемых – 194 (100,0%) – имели среднюю степень тяжести генерализованного пародонтита – 116 (59,8%), несколько меньшее число обследуемых – 78 (40,1%) – имели тяжелую степень. Аналогичная ситуация у всей совокупности мужчин: 43 (75,4%) пациента со средней степенью тяжести генерализованного пародонтита шинируемых зубов и 14 (24,6%) пациентов с третьей степенью тяжести шинируемых зубов. При сравнении количественного показателя степеней тяжести хронического генерализованного пародонтита шинируемых зубов у пациентов обследуемых групп выявлено следующее: пациенты с зубами легкой степени тяжести генерализованного пародонтита отсутствуют в обеих группах; пациентов со средней степенью тяжести –

62 (53,4%) во второй группе против 54 (46,6%) в первой; практически равное количество пациентов с тяжелой степенью тяжести генерализованного пародонтита шинируемых зубов – в первой группе – 38 (48,7%), во второй – 40 (41,3%).

Таблица 2

Распределение пациентов с шинируемыми зубами по степени тяжести генерализованного пародонтита шинируемых зубов (с подвижным количеством зубов одной степени более 50%)

Группы	Подгруппы по половому признаку	Хронический генерализованный пародонтит шинируемых зубов (степени тяжести)							
		легкая степень		средняя степень		тяжелая степень		всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа 1. Вантовый метод шинирования	М	0	0,0	20	37,1	8	30,1	28	30,4
	Ж	0	0,0	34	62,9	30	78,9	64	69,6
	Всего	0	0,0	54	100,0	38	100,0	92	100,0
Группа 2. Адгезивный метод шинирования (Construct)	М	0	0,0	23	37,1	6	15,0	29	28,4
	Ж	0	0,0	39	62,9	34	85,0	73	71,6
	Всего	0	0,0	62	100,0	40	100,0	102	100,0
ИТОГО	М	0	0,0	43	37,1	14	17,9	57	29,4
	Ж	0	0,0	73	62,9	64	82,1	137	70,6
	Всего	0	0,0	116	100,0	78	100,0	194	100,0

В структуре обследуемых групп наблюдается явное превалирование женщин над мужчинами по средней и по тяжелой степеням тяжести генерализованного пародонтита шинируемых зубов: 1 группа – 34 (62,9%) против 20 (37,1%) по средней; 30 (78,9%) против 8 (30,1%) по тяжелой; 2 группа – 39 (62,9%) против 23 (37,1%) по средней, 34 (85,0%) против 6 (15,0%) по тяжелой (табл. 2)

Анализ распределения пациентов по локализации шинируемых подвижных зубов с хроническим генерализованным пародонтитом у лиц 1 и 2 групп показал, что из всей совокупности обследуемых – 194 (100%) – наибольшее количество пациентов с шинируемыми зубами на обеих челюстях приходится на фронтальную локализацию – у 151 па-

циента (77,8%), наименьшее количество пациентов имеют подвижные зубы для фронтопарасагиттальной стабилизации – 10 (5,2%) (табл. 3). По количеству пациентов по локализации шинируемых зубов на верхней челюсти – 75 (100%) – так же, как и по всей совокупности обследуемых, выявлено явное превосходство пациентов с фронтосагиттальной локализацией зубов – 12 (16,0%) и фронтопарасагиттальной локализацией зубов – 5 (6,7%). На нижней челюсти соотношение количества пациентов с аналогичными локализациями подвижных зубов имеет ту же тенденцию: всего обследуемых – 119 (100,0%), с фронтальной локализацией подвижных зубов – 93 (78,2%), с фронтосагиттальной – 21 (17,6%), с фронтопарасагиттальной – 5 (4,2%).

Таблица 3

Локализация шин шинируемых подвижных зубов с хроническим генерализованным пародонтитом у лиц 1 и 2 групп

Группы	Пол	Локализация шин шинируемых подвижных зубов с хроническим генерализованным пародонтитом																	
		верхняя челюсть						нижняя челюсть						на обеих челюстях					
		фронт.		фронтосагит.		фронтосагит.		фронт.		фронтосагит.		фронтосагит.		фронт.		фронтосагит.		фронтосагит.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа 1 Вантовый метод шинирования	М	9	25,7	1	33,3	1	50,0	14	31,0	2	40,0	1	50,0	23	28,7	3	27,5	2	50,0
	Ж	26	74,3	2	66,7	1	50,0	31	68,9	3	60,0	1	50,0	57	71,3	5	62,5	2	50,0
	Все го	35	100,0	3	100,0	2	100,0	45	100,0	5	100,0	2	100,0	80	100,0	8	100,0	4	100,0
Группа 2 Адгезивный метод шинирования (construct)	М	3	3,1	3	33,3	1	33,3	16	35,6	5	31,2	1	33,3	19	26,8	8	22,0	2	33,3
	Ж	20	86,9	6	66,7	2	66,7	32	74,4	11	68,8	2	66,7	52	73,2	17	68,0	4	66,7
	Все го	23	100,0	9	100,0	3	100,0	48	100,0	16	100,0	3	100,0	71	100,0	25	100,0	6	100,0
ИТОГО	М	12	20,7	4	33,3	2	40,0	30	32,3	7	33,3	2	40,0	42	27,8	11	33,3	4	40,0
	Ж	46	79,3	8	66,7	3	60,0	63	67,7	14	66,7	3	60,0	109	72,2	22	66,7	6	60,0
	Все го	58	100,0	12	100,0	5	100,0	93	100,0	21	100,0	5	100,0	151	100,0	33	100,0	10	

Путем сравнения наличия различных локализаций шинируемых подвижных зубов у всей совокупности обследуемых пациентов по половому признаку выявлено явное превалирование женщин над мужчинами по всем видам локализаций подвижных зубов. По фронтосагитталь-

ной локализации – 46 (79,3%) против 12 (21,7%), по фронтосагиттальной 8 (66,7%) против 4 (33,3%); по фронтопарасагиттальной 3 (60%) против 2 (40%).

В структурах обеих групп количество пациентов с фронтальной локализацией подвижных зубов на обеих челюстях имеет явное превосходство над другими локализациями. Так, в первой группе доля лиц с фронтальной локализацией подвижных зубов – 80 (86,6%), в 6,5 раз превышает суммарную долю лиц с фронтосагиттальной – 8 (8,7%) и фронтопарасагиттальной локализацией подвижных зубов – 4 (4,7%).

Во второй группе доля лиц с фронтальной локализацией подвижных зубов – 71 (69,6%), в 2,3 раза превышает суммарную долю лиц с фронтосагиттальной – 25 (24,5%) и с фронтопарасагиттальной локализацией подвижных зубов – 6 (5,9%).

При сравнении количества пациентов по локализации шинируемых зубов на верхней челюсти – 75 (100%), так же как и по всей совокупности обследуемых, выявлено явное превосходство пациентов с фронтосагиттальной локализацией зубов – 12 (16,0%) и фронтопарасагиттальной локализацией зубов – 5 (6,7%).

На нижней челюсти: соотношение количества пациентов с аналогичными локализациями подвижных зубов имеет ту же тенденцию: всего обследуемых – 119 (100,0%); с фронтальной локализацией подвижных зубов – 93 (78,2%), с фронтосагиттальной – 21 (17,6%), с фронтопарасагиттальной – 5 (4,2%). Сравнение наличия различных локализаций шинируемых подвижных зубов у всей совокупности обследуемых пациентов по половому признаку выявило явное превалирование женщин над мужчинами по всем видам локализаций подвижных зубов. По фронтосагиттальной локализации – 46 (79,3%) против 12 (21,7%); по фронтосагиттальной 8 (66,7%) против 4 (33,3%); по фронтопарасагиттальной 3 (60%) против 2 (40%).

Такая же тенденция превалирования лиц с подвижными зубами во фронтальной области наблюдается отдельно по верхней и нижней челюсти. По верхней челюсти: лиц с фронтальной локализацией подвижных зубов – 35 (87,5%) – в 7 раз больше суммарной доли лиц с фронтосагиттальной – 3 (7,5%) и фронтопарасагиттальной стабилизацией – 2

(5,0%). По нижней челюсти: лиц с фронтальной стабилизацией подвижных зубов – 45 (86,5%) – в 6,4 раза больше суммарной доли лиц с фронтосагиттальной – 5 (9,6%) и фронтопарасагиттальной – 2 (3,9%).

Тенденция превалирования количества женщин перед мужчинами, так же как и во всей совокупности обследуемых, прослеживается в каждой группе и практически по каждой локализации. В первой группе по обеим челюстям: фронтальная локализация – женщин – 57 (71,3%) мужчин – 23 (28,7%), фронтосагиттальная – женщин – 5 (62,5%), мужчин – 3 (37,5%); фронтопарасагиттальная стабилизация – женщин – 2 (50,0%), мужчин 2 (50,0%).

Сравнение количества починок шин у всей совокупности обследуемых лиц за 5 лет по виду стабилизации выявило большее количество починок или шин у лиц с фронтальной стабилизацией подвижных зубов – 23 (54,8%) против 13 (31,0%) у лиц с фронтосагиттальной и 6 (14,2%) с фронтопарасагиттальной стабилизацией (табл. 4). Та же тенденция превалирования количества починок во фронтальной области наблюдается отдельно по верхней и нижней челюсти. По верхней челюсти: починок у лиц с фронтальной стабилизацией – 10 (58,8%) против 6 (35,3%) у лиц с фронтопарасагиттальной стабилизацией и 1 (5,9%). По нижней челюсти: починок у лиц с фронтальной стабилизацией подвижных зубов – 13 (54,2%) против 7 (29,2%) у лиц с фронтопарасагиттальной стабилизацией 4 (16,6%). Путем сравнения общего количества починок по всей совокупности обследуемых среди мужчин и женщин выявлено, что количество починок шин у женщин – 27 (64,3%), в 1,8 раза выше, чем у мужчин – 15 (35,7%). Та же тенденция просматривается на верхней и нижней челюсти: верхняя челюсть – 11 (64,7%) женщин и 6 (35,3%) у мужчин; нижняя челюсть – 15 (62,5%) женщин и 9 (36,5%) мужчин.

Анализ количества починок шин по виду стабилизации в структуре первой группы обследуемых выявил явное превалирование количества починок во фронтальном отделе – 7 (77,8%), против 1 (11,1%) во фронтосагиттальном и 1 (11,1%) во фронтопарасагиттальном отделе. Во второй группе обследуемых выявлено превалирование количества починок шин у пациентов с фронтосагиттальной стабилизацией – 5 (55,6%), против 3 (33,3%) у пациентов с фронтальной стабилизацией и 1 (10,1%) у пациентов с фронтопарасагиттальной стабилизацией.

При сравнении количества починок шин в первой группе среди мужчин и женщин выявлено, что количество починок у женщин и мужчин практически равное: у женщин – 5 (55,6%), у мужчин – 4 (44,4%).

Данное соотношение количества починок среди мужчин и женщин в данной группе сохраняется и по видам стабилизации подвижных зубов. Сравнение количества починок шин среди мужчин и женщин данной группы по виду стабилизации показало наибольшее число починок и у женщин – 3 (42,9%), и у мужчин – 2 (100,0%) при фронтосагитальном шинировании зубов. В то же время у женщин аналогичное количество починок наблюдалось также и во фронтальном отделе – 3 (42,9%), которых не было у мужчин.

Сравнивая данные табл. 3 и 4 по группам, можно выявить следующие параметры.

На всех пациентов 1 группы – 92 человека, которым были изготовлены шины вантовым методом, приходится 19 починок за 5 лет. На долю 64 женщин данной группы приходится 12 починок – 18,8%. На долю 28 мужчин приходится 7 починок – 25,0%. На всех пациентов 2 группы – 102 человека, которым были изготовлены шины адгезивным методом «Construct», приходится 23 починки за 5 лет – 22,5%. На долю 73 женщин данной группы приходится 15 починок – 20,5%. На долю 29 мужчин приходится 8 починок – 27,6% .

По стабилизации зубов шинами (фронтальная стабилизация зубов на обеих челюстях в сумме): в первой группе на 80 пациентов приходится 13 починок – 16,3%. На долю 57 женщин приходится 8 починок – 14%. На долю 23 мужчин приходится 5 починок – 21,7%; во второй группе на 71 пациента приходится 10 починок – 14,1%. На долю 52 женщин с данной стабилизацией зубов приходится 7 починок – 13,5%.

Фронтальная стабилизация зубов на верхней челюсти: в первой группе на 35 человек с данной стабилизацией зубов на верхней челюсти приходится 7 починок – 20%. На долю 26 женщин с данной стабилизацией приходится 3 починки – 11,5%. На долю 9 мужчин с данной стабилизацией приходится 4 починки – 44,4%. Во второй группе на 23 человека с данной стабилизацией зубов на верхней челюсти приходится 3 починки – 13,3%. На долю 20 женщин здесь приходится 3 починки – 15%, на долю 3 мужчин – 0 починок – 0%.

Фронтальная стабилизация зубов нижней челюсти: в первой группе на 45 человек с данной стабилизацией зубов на верхней челюсти приходится 6 починок – 13,3%. На долю 31 женщины с данной стабилизацией приходится 5 починок – 16,1%. На долю 14 мужчин приходится приходится 1 починка – 7,1%. Во второй группе на 48 человек с данной стабилизацией зубов приходится 7 починок – 16,1%. На долю 32 женщин здесь приходится 4 починок – 12,5% На долю 16 мужчин 3 починок – 18,8%.

Фронтосагиттальная стабилизация зубов на обеих челюстях в сумме: в первой группе на 8 пациентов приходится 3 починок – 37,5%. На долю 5 женщин с данной стабилизацией подвижных зубов приходится 2 починок – 40%. На долю 3 мужчин приходится 1 починка – 33,4%. Во второй группе на 25 человек приходится 10 починок – 40%. На долю 17 женщин с данной стабилизацией подвижных зубов приходится 6 починок – 35,3%. На долю 8 мужчин приходится 4 починок – 50,0%.

Таблица 4

Количество починок шин в обеих группах за 5 лет в зависимости от локализации шин

Группы	Пол	Локализация шин																	
		верхняя челюсть						нижняя челюсть						всего на обеих челюстях					
		фронт.		фронтосагит.		фронтосагит. парасаг.		фронт.		фронтосагит.		фронтосагит. парасаг.		фронт.		фронтосагит.		фронтосагит. парасаг.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа 1. Вант. метод шинир.	М	4	57,1	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	50,0	1	50,0	5	38,5	1	33,	1	33,3
	Ж	3	42,9	1	100,0	1	100,0	5	83,3	1	50,0	1	50,0	8	41,5	2	66,7	2	66,7
	Всего	7	100,0	1	100,0	1	100,0	6	100,0	2	100,0	2	100,0	13	100,0	3	100,0	3	100,0
Группа 2. Адгез. метод шинир.	М	0	0,0	2	40,0	0	0,0	3	42,9	2	40,0	1	50,0	3	30,0	4	40,0	1	33,3
	Ж	3	100,0	3	60,0	1	100,0	4	57,1	3	60,0	1	50,0	7	70,0	6	60,0	2	66,7
	Всего	3	100,0	5	100,0	1	100,0	7	100,0	5	100,0	2	100,0	10	100,0	10	100,0	3	100,0
ИТОГО	М	4	40,0	2	33,3	0	0,0	4	30,8	3	42,9	2	50,0	8	34,8	5	38,5	2	33,3
	Ж	6	60,0	4	66,7	1	100,0	9	69,2	4	57,1	2	50,0	15	63,2	8	61,5	4	66,7
	Всего	10	100,0	6	100,0	1	100,0	13	100,0	7	100,0	4	100,0	23	100,0	13	100,0	6	100,0

Фронтосагиттальная стабилизация зубов на верхней челюсти: в первой группе на 3 человек с данной стабилизацией зубов на верхней челюсти приходится 1 починка – 33,4%. На долю 2 женщин с данной ста-

билизацией приходится 1 починка – 50%. На долю 1 мужчины починок нет – 0%. Во второй группе на 9 человек приходится 5 починок – 55,6%. На долю 6 женщин приходится 3 починки – 50%. На долю 3 мужчин приходится 2 починки – 66%.

Фронтосагиттальная стабилизация зубов на нижней челюсти: в первой группе на 5 человек приходится 2 починки. Из них на долю 3 женщин приходится 1 починка – 33,4%. У 1 мужчины починок нет – 0%. Во второй группе на 16 человек приходится 5 починок – 31,3%. Из них на долю 11 женщин приходится 3 починки – 27,3%. На долю 5 мужчин приходится 2 починки – 40%.

Фронтотрансверсальная стабилизация зубов на обеих челюстях в сумме: в первой группе на 4 человека приходится 3 починки – 75,0%. Из них на долю 2 женщин приходится 2 починки – 100%. На долю 2 мужчин приходится 1 починка – 50%; во второй группе на 6 человек приходится 3 починки – 50%. Из них на долю 4 женщин приходится 2 починки – 50%. На долю 2 мужчин приходится 1 починка – 50%.

Фронтосагиттальная стабилизация зубов на верхней челюсти: в первой группе на 2 человек приходится 1 починка – 50%. Из них на долю 1 женщины приходится 1 починка – 100%. На долю 1 мужчины приходится 0 починок – 0%; во второй группе на 3 человек приходится – 1 починка – 33,4%. Из них на долю 2 женщин приходится 1 починка – 50%. На долю 1 мужчины приходится 0 починок – 0%.

Фронтотрансверсальная стабилизация зубов на нижней челюсти: в первой группе на 2 человек приходится 2 починки – 100%. Из них на долю 1 женщины приходится 1 починка – 100%. На долю 1 мужчины также приходится 1 починка – 100%. Во второй группе на 3 человек приходится 2 починки – 66,7%. Из них на долю 2 женщин приходится 1 починка – 50%. На долю 1 мужчины приходится 1 починка – 100%.

Фронтотрансверсальная стабилизация зубов на обеих челюстях в сумме: в первой группе на 4 человека приходится 3 починки – 75,0%. Из них на долю 2 женщин приходится 2 починки – 100%. На долю 2 мужчин приходится 1 починка – 50%; во второй группе на 6 человек приходится 3 починки – 50%. Из них на долю 4 женщин приходится 2 починки – 50%. На долю 2 мужчин приходится 1 починка – 50%.

Заключение. По обращаемости за шинированием зубов и по количеству обследуемых женщин больше, чем мужчин. Соотношение возрастных категорий 60-64 года и 55-59 лет почти равное, но отмечается тенденция превалирования числа старших возрастных групп 55-59 лет. По степени тяжести хронического пародонтита оказалось больше со средней, чем тяжелой степени тяжести. В структуре обследуемых групп по степеням тяжести больше женщин, чем мужчин. По распространенности локализации шинируемых зубов больше встречается фронтальная локализация, и реже выявляется фронтопарасагиттальная.

Анализ доли починок шин у лиц с фронтальной стабилизацией зубов явно больше других. Доля починок шин у лиц с фронтальной стабилизацией на верхней челюсти превалирует по всей совокупности в первой группе, а во второй группе выше доля починок у пациентов с шинами фронтосагиттальной стабилизацией.

Необходимо подчеркнуть, что анализ доли починок шин у женщин с фронтальной стабилизацией подвижности зубов имеет явное превосходство перед аналогичными показателями у мужчин. Во второй группе доли починок шин у женщин с фронтальной стабилизацией и у женщин с фронтосагиттальной стабилизацией равны. Соответственно в первой группе шинирование зубов вантовым методом с помощью армидной нити проведено чаще, чем во второй группе, где шинирование подвижных зубов проводилось адгезивным методом с помощью армирующей полиэтиленовой ленты «Construct» фирмы «Kerr».

Литература

1. Акулович, А.В. Адгезивные системы в пародонтологии / А.В. Акулович // Пародонтология. – 2009. – №2. – С.26-33.
2. Белоусов, Н.Н. Адгезивные шины – современный метод выбора при шинировании зубов / Н.Н. Белоусов // Новое в стоматологии. – 2000. – №4. – С. 75-77.
3. Григорян, А.С. Ортопедическая стоматология / А.С. Григорян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина, О.А. Фролова – Москва : Мед. информ. агентство, 2004. – 320 с.
4. Гришин, С.Ю. Клинико-лабораторное обследование восстановления единичных включенных дефектов зубного ряда армированными адгезивными мостовидными протезами собственной конструкции : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / С.Ю. Гришин. – Москва, 2006. – 23 с.

5. Жулев, Е.Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта / Е.Н. Жулев. – Н.Новгород : НГМА, 2003. – 277 с.

6. Меленберг, Т.В. Результаты оценки клинической эффективности шинирования зубов при пародонтите / Т.В. Меленберг // Врач-аспирант. – Москва, 2011. – Т.49. – №6.1. – С. 194-199.

7. Падар, О.В. Адгезивное шинирование зубов при заболеваниях тканей пародонта с помощью системы «Construct» / О.В. Падар, Ю.В. Чижов, Т.М. Шендрик // Труды VIII всероссийской научно-практической конференции «Сибирский стоматологический форум». – Красноярск, 2014. – С. 75-77.

8. Ряховский, А.Н. Вантовые зубные протезы / А.Н. Ряховский // Сельская новь. – Москва, 2003. – С. 96.

* * *

УДК 616-7+616.314-07

ОВЛАДЕНИЕ МЕТОДИКОЙ ПЕРЕНОСА ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В АРТИКУЛЯТОР С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНАЛИЗАТОРА НIP-ПЛОСКОСТИ

Чернышева В.В., Бударина Е.В., Поливаная Е.А.,
Капшина О.Я., Юрьев Ю.Ю.

*ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»,
г. Архангельск (Россия)
E-mail: veil-9@yandex.ru*

Аннотация. В рамках цикла практических занятий «Инновационные технологии в стоматологии», который проводился в ГБОУ ВПО СГМУ г. Архангельска среди интернов и ординаторов, мы освоили методику переноса положения верхней челюсти в артикулятор с использованием аппарата Шестопалова. В статье описана методика применения анализатора НIP-плоскости, положительные стороны использования аппарата в практике врача стоматолога-ортопеда.

Ключевые слова: артикулятор, НIP-плоскость, аппарат Шестопалова, челюстно-крыловидные выемки.

MASTERING THE TECHNIQUE OF TRANSFER OF MAXILLA PROVISION IN THE ARTICULATOR WITH THE HIP-PLANE ANALYZER USE

Chernysheva V.V., Budarina E.V., Polivanaya E.A.,
Kapshina O.Y., Yuriev Yu.Yu.
Northern State Medical University, Arkhangelsk (Russia)
E-mail: veil-9@yandex.ru

Abstract. During a practical training cycle "Innovative technologies in dentistry" which was carried out in Arkhangelsk NSMU among clinical interns and doctors. We've mastered the technique of transfer of maxilla provision in the articulator with the use of Shestopalov's device. The article describes the technique of use of the HIP-plane analyzer, positive aspects of the device use in the orthopedist's practice.

Keywords: articulator, HIP- plane, Shestopalov's device, mandibular-pterygoid notches

Актуальность. Успешность ортопедического лечения зависит от тщательного проведения диагностики, грамотно спланированного лечения и качественного выполнения этапов работы в соответствии с составленным планом. Одним из условий для достижения данной цели является применение артикулятора в работе врача стоматолога-ортопеда. Не вызывает сомнения, что положение модели верхней челюсти в артикуляторе должно отражать истинное положение ее в пространстве черепа по сагиттали (pitch), горизонтали (yaw) и во фронтальной плоскости (roll) [2]. На протяжении десятилетий существовало множество способов переноса положения верхней челюсти относительно черепа в артикулятор [1].

Традиционно для фиксации индивидуального положения модели верхней челюсти в артикуляторе используется лицевая дуга, которая до сих пор считается «золотым стандартом» качества в стоматологии. Но проблема использования этого метода состоит в том, что из-за асимметрии лица и положения слуховых каналов определение окклюзионной плоскости носит очень субъективный характер. Использование «Кампер-плоскости», проходящей от верхней границы козелка уха до

нижней границы крыльев носа, также проблематично, поскольку мягкие ткани подвержены значительным изменениям, особенно у пациентов с заболеваниями ВНЧС. В настоящее время широко обсуждается метод переноса положения верхней челюсти в артикулятор с помощью НР-плоскости, как более точный и простой в применении [2].

Цель исследования. Научиться оценивать топографию окклюзионной поверхности зубного ряда верхней челюсти и переносить ее положение в артикулятор с использованием анализатора НР-плоскости.

Материалы и методы. Для проведения практических занятий мы использовали пластмассовые оттисковые ложки, адаптированные в соответствии с конструкцией аппарата Шестопалова. НР (Hamulus-Incivise Papilla)-плоскость посредством трех подлежащих костных структур определяет горизонтальную, фронтальную и сагиттальную координаты любой точки черепа. Двумя задними точками, через которые проходит плоскость, являются челюстно-крыловидные выемки, расположенные за альвеолярными буграми, третья точка находится по средней линии неба, в области резцового отверстия. НР-плоскость, проходя через эти три точки, продолжается дальше до основания черепа и клиновидной кости, которая является единственной костью черепа, соединяющейся со всеми другими костями черепа [3]. НР-плоскость дает объективные координаты лица и челюстей, поскольку соотносит горизонтальные, сагиттальные и фронтальные координаты, которые, по определению, перпендикулярны друг к другу и к вектору гравитации [2].

Для визуализации НР-плоскости в полости рта пациента и переноса моделей в артикулятор использовали анализатор НР-плоскости, разработанный к.м.н., доцентом кафедры стоматологии ИНМО НижГМА Шестопаловым С.И. Он состоит из внутриротовой части, выполненной в виде подковообразной пластины и ручки. Дистальные отделы подковообразной пластины изогнуты под углом 90° в сторону верхней челюсти. В проксимальной части пластина имеет продольный паз, размещенный по средне-сагиттальной линии, в котором вертикально зафиксирован штифт с возможностью перемещения вдоль паза. Высота штифта равна высоте дистальной части пластины. В ручке имеется отверстие, в котором фиксируется съемный вертикальный стержень-индикатор [1].

В рамках цикла практических занятий мы апробировали данную методику на 3 пациентах на клинической базе ГБОУ ВПО СГМУ г. Архангельска. В начале работы мы подбирали адаптированную конструкцию по размеру и устанавливали ее в полости рта пациента так, чтобы дистальные части ложки касались крылочелюстных выемок, а вертикальный штифт – резцового сосочка. При установке пластина устройства располагалась ниже зубного ряда верхней челюсти, что позволяло одновременно провести анализ положения окклюзионной плоскости верхнего зубного ряда. В 2 клинических случаях вертикальный стержень-индикатор, устанавливаемый в отверстии ручки, совпадал со срединно-сагиттальной линией лица. Это позволило сделать вывод, что положение верхней челюсти относительно основания черепа симметрично. В третьем случае, когда стержень-индикатор не совпадал со срединной линией лица, отмечался гнатический тип деформации.

Положение зубного ряда верхней челюсти относительно НР-плоскости регистрировали с помощью силиконового материала. Полученный силиконовый регистрат устанавливался на столик артикулятора, оснащенный пазом, идентичным пазу анализатора НР-плоскости. Модель верхней челюсти устанавливалась на регистрат и фиксировалась к верхней раме артикулятора.

Если лаборатория не оснащена артикуляторами, зубной техник может установить аппарат Шестопалова на модели верхней челюсти и провести диагностическое моделирование «Wax-up», моделирование временных пластмассовых коронок и мостовидных протезов.

Результаты исследования. Освоенная нами методика применения анализатора НР-плоскости позволяет осуществить перенос положения зубного ряда верхней челюсти в любой артикулятор (при наличии столика) без лицевой дуги, так как в лабораторию передается только силиконовый регистрат [1].

Уже в первое посещение мы имели возможность оценить топографию окклюзионной поверхности зубного ряда верхней челюсти, провести дифференциальную диагностику между гнатическим и зубоальвеолярным типом деформации зубного ряда верхней челюсти у пациентов и спланировать более детальную диагностику и (возможно) реконструктивное ортопедическое лечение.

Заключение. С применением анализатора НР-плоскости появляется возможность изготавливать все виды протезов в любом артикуляторе, что повышает функциональную и эстетическую ценность проводимого ортопедического лечения. Стоит отметить, что проведение таких практических занятий стимулирует нас (ординаторов и интернов) к использованию новейших технологий на повседневном ортопедическом приеме в сложных клинических ситуациях.

Литература

1. Шестопалов, С.И. Применение анализатора НР-плоскости в ортопедической стоматологии / С.И. Шестопалов // Dental Magazine. – 2013. – С. 28-30.
2. Шестопалов, С.И. Признак соответствия – дополнительный диагностический признак оценки положения нижней челюсти в центральной окклюзии / С.И. Шестопалов // Dental Magazine. – 2014. – С.54-57.
3. Точный перенос положения верхней челюсти в артикулятор по сагитальной и горизонтальной плоскостям [Электронный ресурс] / Б.Диккерсон, Т. Норман // Бостонский институт эстетической стоматологии. – Москва, 2010. – Режим доступа: http://www.stomport.ru/articlepro_show_id_319. – Дата обращения: 05.02.2016.

* * *

УДК 616.314-089.23:616.895.8-055-2

ПОКАЗАТЕЛИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Чижев Ю.В., Митрофанов П.В., Сумароков А.А.,
Казанцева Т.В., Багинский А.Л., Хохлов А.М.

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск (Россия)
E-mail: gullever@list.ru*

Аннотация. В работе описаны показатели стоматологического ортопедического и психического статуса у женщин с различными формами шизофрении, находящихся на стационарном лечении в психоневрологическом диспансере. Проведена оценка и анализ стоматологических и психических показателей и их взаимосвязь.

Ключевые слова: ортопедический стоматологический статус, психический статус, шизофрения.

INDICATORS OF THE ORTHOPEDIC DENTAL STATUS AMONG WOMEN WITH SCHIZOPHRENIA

Chizhov Yu.V., Mitrofanov P.V., Sumarokov A.A.,

Kazantseva T.V., Baginsky A.L., Khokhlov A.M.

*Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voino-Yasenetsky,
Krasnoyarsk (Russia)*

E-mail: gullever@list.ru

Abstract. The work describes indicators of the dental orthopedic, mental status among females with various forms of schizophrenia who were hospitalized in psychoneurological clinic. The analysis of dental and mental indicators and their interrelation has been done.

Keywords: orthopedic dental status, mental status, schizophrenia.

Актуальность. Стоматологическое здоровье является важной частью общего физического здоровья и необходимо для самоуважения, уверенности в себе, повышения общего качества жизни [6]. Существует прочная связь между психическими заболеваниями и частичным или полным отсутствием зубов, плохой гигиеной полости рта и другими факторами, т.е. определенными параметрами стоматологического здоровья [2, 3, 4].

По распространенности среди психических заболеваний шизофрения занимает одно из ведущих мест, а информативность о состоянии ортопедического стоматологического статуса пациентов с шизофренией недостаточна, особенно в России [1, 3, 4, 6].

Цель работы. Изучить стоматологический ортопедический статус, его взаимосвязь с психиатрическим и общесоматическим статусами у пациенток с шизофренией.

Материалы и методы исследования. Нами методом анкетирования, выкопировки данных историй болезни, объективного обследования изучены особенности психиатрического, соматического и ортопедического стоматологического статуса у 30 женщин с шизофренией в возрасте от 20 до 80 лет, находящихся на стационарном лечении в Красноярском краевом психиатрическом диспансере №1.

Для выполнения поставленных задач была использована авторская карта изучения психиатрического, соматического и стоматологического статуса лиц с психиатрическими заболеваниями, где отражены: пол, возраст, вид и особенности психического заболевания, особенности поведения, оценка своего психического здоровья; наличие сопутствующих соматических заболеваний; ортопедический стоматологический статус, классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди, классификация беззубых челюстей по Оксману; наличие и виды старых протезов; сроки использования старых протезов.

Результаты исследования. *Ортопедический стоматологический статус.* Нуждаемость в протезировании дефектов зубных рядов у психических пациенток составляет 100%. Частичные дефекты зубных рядов имеют 19 (63,3%) пациенток; у 9 (30%) пациенток нуждаемость в протезировании при полном отсутствии зубов (табл.1, 2).

В структуре классификации дефектов зубных рядов по Кеннеди выявлено, что наибольшее количество пациентов имеет 3 класс (включенные дефекты). Данный класс выявлен у 24 чел. (46,7%). 1 класс (концевые дефекты) имеют 8 чел. (26,7%) (табл.1).

Таблица 1

Показатели ортопедического стоматологического статуса женщин с шизофренией (нуждаемость в протезировании при частичном отсутствии зубов)

Вид психического заболевания		Кол-во пациентов		Ортопедический стоматологический статус								
				Нуждаемость в протезировании								
				Частичное отсутствие зубов по Кеннеди								
				1 кл.		2 кл.		3 кл.		4 кл.		
Шизофрения		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
		параноидная	25	83,3	8	26,7	0	0	11	36,7	0	0
		катоническая	1	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0
		остаточная	4	13,4	0	0	0	0	3	9,9	0	0
	Итого	30	100	8	26,7	0	0	14	46,6	0	0	

В структуре классификации беззубых челюстей Оксмана выявлено, что наибольшее количество пациенток имеет 2 тип беззубых челюстей – 6 чел. (20,0%). На втором месте – пациентки с 3 типом беззубых челюстей – 2 чел. (6,7%), на третьем – пациентки с 1 типом беззубых челюстей – 1 чел.(3,3%) (табл. 2).

Таблица 2

Показатели ортопедического стоматологического статуса женщин с шизофренией (нуждаемость в протезировании при полном отсутствии зубов)

Вид психического заболевания		Кол-во пациенток		Ортопедический стоматологический статус							
				Нуждаемость в протезировании							
				Полное отсутствие зубов по Оксману (тип атрофии беззубого альвеолярного отростка)							
				1 тип		2 тип		3 тип		4 тип	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Шизофрения	параноидная	25	83,3	1	3,3	6	20,0	1	3,3	0	0
	катоническая	1	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0
	остаточная	4	13,4	0	0	0	0	1	3,3	0	0
	Итого	30	100	1	3,3	6	20,0	2	6,6	0	0

При анализе наличия старых протезов в полости рта выявлено, что имеют протезы 7 чел. (23,3%), из них мостовидные – 4 чел. (13,3%), мостовидные и съемные протезы – 3 чел. (10,0%). Не имеют протезов – 23 чел. (76,7%) (табл.3)

Таблица 3

Показатели ортопедического стоматологического статуса женщин с шизофренией (наличие старых протезов в полости рта)

Вид психического заболевания		Кол-во пациентов		Ортопедический стоматологический статус							
				Наличие старых протезов в полости рта							
				нет протезов при наличии дефектов зубных рядов		мостовидные протезы		мостовидные и съемные протезы		съемные протезы	
				абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Шизофрения	параноидная	25	83,3	20	66,7	2	6,6	2	6,6	0	0
	катоническая	1	3,3	1	3,3	0	0	0	0	0	0
	остаточная	4	23,4	2	6,6	2	6,6	1	3,3	0	0
	Итого	30	100	23	76,7	4	13,4	3	9,9	0	0

Анализ сроков использования протезов выявил, что наибольшее количество лиц в графе «до 2 лет» – 3 чел. (9,9%) (табл.4).

Таблица 4

Показатели ортопедического стоматологического статуса женщин с шизофренией (сроки использования протезов)

Вид психического заболевания		Кол-во пациентов		Ортопедический стоматологический статус							
				Сроки использования протезов							
				до 2 лет		до 5 лет		более 5 лет		более 10 лет	
				Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Шизофрения	параноидная	25	56,7	2	4,6	1	1	2,3	2,3	0	0
	катоническая	1	2,3	0	0	0	0	0	0	0	0
	остаточная	4	9,1	1	2,3	0	0	0	0	0	0
	Итого	30	68,2	3	9,1	1	1	1	2,3	0	0

При рассмотрении показателей ортопедического стоматологического статуса по формам шизофрении выявлено наличие некоторых особенностей. Так, частичное отсутствие зубов в большей степени выявлено у пациенток с параноидной формой – 19 чел. (63,3%), а доля пациенток с другими формами шизофрении и наличием дефектов зубных рядов – 36,7% (11 чел.). При этом полное отсутствие зубов также в большей степени выявлено у пациенток, страдающих параноидной формой шизофрении, – 8 чел. (26,7%). Наличие старых протезов также больше всех у пациентов с параноидной формой шизофрении – 4 чел. (13,3%). По срокам использования протезов также впереди пациенты с параноидной формой: до 2 лет – 2 чел. (6,6%); до 5 лет – 1 чел. (3,3%); более 5 лет – 1 чел. (3,3%).

Следует отметить, что у 20 пациентов с шизофренией с параноидной формой (66,7%) имеются дефекты зубных рядов, но нет протезов. Сопоставляя психические заболевания и классы по Кеннеди, выявлено, что при параноидной форме шизофрении у пациентов имеется наибольшее количество дефектов зубных рядов 3 класса – у 11 чел. (36,7%), и 1 класса – у 8 чел. (26,7%). Из 8 пациентов, имеющих полное отсутствие зубов по Оксману (26,7%), 6 пациенток (20,0%) с параноидной формой шизофрении. 3 и 4 типы беззубых челюстей по Оксману у обследованных пациенток полностью отсутствуют.

Заключение. Из всех обследованных женщин с шизофренией – 30 чел. (100%) наибольшее количество имеют диагноз «параноидная шизофрения» – 25 чел. (83,3%). Нуждаемость в протезировании дефектов зубных рядов у обследованных женщин с шизофренией составляет 100% (30 чел.), нуждаемость в несъемных протезах – у 19 чел. (63,3%), нуждаемость в полных съемных протезах – у 8 чел. (26,7%). Старые протезы имеют 4 чел. (13,3%), с периодами эксплуатации от 2 лет – 2 чел. (6,6%), до 5 лет – 1 чел. (3,3%), более 5 лет – 1 чел. (3,3%). Частичное отсутствие зубов в большей степени выявлено у пациенток с параноидной формой шизофрении – 19 чел. (63,3%). Полное отсутствие зубов также преимущественно выявилось у лиц с параноидной формой шизофрении – 8 чел. (26,7%).

Литература

1. Галлиев, Р.Г. Многоуровневая оценка качества стоматологического ортопедического лечения / Р.Г. Галлиев // Проблемы стоматологии. – 2006. – №3. – С.29-25.
2. Жулев, Е.Н. Оценка влияния ортопедического стоматологического лечения на состояние больных с дисциркуляторной энцефалопатией / Е.Н. Жулев // Стоматология. – 2013. – №6. – Т.92. – С.45-47.
3. Луханина, Т.В. Оценка психоэмоционального и стоматического статуса у психических больных в связи с задачами терапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Луханина. – Москва, 2009. – 30 с.
4. Мартынова, С.А. Оказание комплексной стоматологической помощи психическим больным : автореф. дис. ...канд. мед. наук / С.А. Мартынова. – Москва, 2009. – 25 с.
5. Шуклин, В.А. Анализ стоматологического статуса после ортопедического лечения с помощью научно-аналитической программы «Ассоль-01» / В.А. Шуклин, А.В. Павленко, З.Р. Ожоган [и др.] // Современная стоматология. – 2011. – № 4. – Т. 58. – С. 121.
6. Чижов, Ю.В. Клинико-статистический анализ заболеваний зубов и тканей полости рта и обоснование системы стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста : дис. ... д-ра мед. наук / Ю.В. Чижов. – Санкт-Петербург, 2006. – 382 с.

* * *

УДК 616.71-007.234

СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОТЕРИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛОВЕКА

Намханов В.В.*, Будаев Б.А.**, Писаревский Ю.Л.***

*ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет»,
г. Улан-Удэ (Россия)

**АУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника»,
г. Улан-Удэ (Россия)

***ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»,
г. Чита (Россия)

E-mail: namhanov@yandex.ru

Аннотация. Рассмотрены этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта при остеопорозе, акцентируется внимание практических врачей на отсутствие симптомов заболевания, пока не возникнет тяжелое осложнение, на его высокую распространенность. Продемонстрировано нарастание тяжести поражения пародонта по мере потери минеральной плотности кости (МПК) периферического скелета. У пациентов с остеопорозом хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени отмечается чаще, чем у пациентов без такового (41,5 и 12,5% соответственно).

Ключевые слова: пародонтоз, остеопороз, остеопения, минеральная плотность.

THE PARODONTIUM CONDITION DEPENDING ON LOSSES OF THE MINERAL DENSITY OF HUMAN BONE TISSUE

Namkhanov V.V.*, Budaev B. A.**, Pisarevsky Y. L.***

**Buryat State University, Ulan-Ude (Russia)*

***Republican dental clinic, Ulan-Ude (Russia)*

****Chita State Medical Academy, Chita (Russia)*

E-mail: namkhanov@yandex.ru

Abstract. The etiology and pathogenesis of inflammatory periodontal diseases in osteoporosis, focuses practitioners on the lack of symptoms, unless there is a serious complication, with high incidence have been studied. The increase of the lesion of parodontium by mineral bone density loss (BMD) of the peripheral skeleton has been demonstrated. The patients with chronic osteoporosis had generalized severe periodontal disease more often than in patients without it (41,5% and 12.5%, respectively).

Keywords: periodontal disease, osteoporosis, osteopenia, mineral density.

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования, представления об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта остаются во многом спорными и неясными [3, 6, 7]. В настоящее время понятие «остеопороз» ассоциируется с понятием «молчащая эпидемия», что акцентирует внимание практических врачей лечебных специальностей на отсутствие симптомов заболевания, пока не возникнет тяжелое осложнение (перелом), а также на его высокую распро-

страненность (остеопорозом страдает каждая 3-я женщина и каждый 5-й мужчина после 50 лет) (Международный фонд остеопороза, 2012). В зарубежной литературе [1, 5] приводится перечень основных общесоматических факторов риска развития хронического генерализованного пародонтита (ХГП). Главное место в нем занимают сахарный диабет и количественно-функциональная недостаточность клеток гранулоцитарного ряда. В последнее время в зарубежной литературе появились работы, посвященные взаимосвязи прогрессирования заболевания пародонта и потери минеральной плотности кости (МПК) периферического скелета [4, 5].

Результаты исследования позволили авторам сделать заключение, что постменопаузальный остеопороз является фактором риска развития заболеваний пародонта [4, 5]. Однако в опубликованных исследованиях отсутствует детальный анализ клинического состояния пародонтального комплекса, представляющий интерес для практического врача.

Цель исследования. Изучить состояние тканей пародонта у пациентов с низкой МПК периферического скелета.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились у 87 пациентов (48 женщин и 39 мужчин, средний возраст которых составил $51,6 \pm 9,4$ года). Практически у всех больных выявлена соматическая патология: у 49 (71,5%) – артериальная гипертония, у 28 (42,3%) – различные формы ишемической болезни сердца; 4 (8,02%) – перенесли острое нарушение мозгового кровообращения; у ряда больных эти виды патологии сочетались. При включении в исследование всем пациентам выполнялась костная денситометрия. Денситометрию проводили в кабинете остеопороза с использованием аппарата «DTX 200» корпорации «Osteometer» (Дания), позволяющего оценить: массу костной ткани (ВМС) в заданном отрезке кости (по количеству поглощенного рентгеновского излучения); плотность костной ткани (ВМД) – отношение массы костной ткани к единице площади (гсм^2); отношение измеренной ВМД – к плотности костной ткани при пике костной массы у здоровых лиц в возрасте 25-30 лет (Т-критерий); отношение измеренной ВМД к плотности костной ткани лиц того же возраста (Z-критерий).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999) результаты оценивались как нормальные при значении t-критерия от (+2) до (-1) SD (стандартное отклонение); остеопению констатировали при t-критерии от (-1,1) до (-2,5) SD и остеопороз – при менее (-2,5) SD. В соответствии с результатами костной денситометрии было выделено 3 группы пациентов: 1-я группа (n=65) – лица с остеопорозом (ВМД=0,344 ± 0,43 гсм²); 2-я (n=49) – с остеопенией (ВМД=0,382±0,11 гсм²); 3-я (n = 23) – с нормальной МПК (ВМД = 0,436 ± 0,091 гсм²). Проводилось стандартное стоматологическое обследование: определение отсутствующих зубов, показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов по индексу КПУ; оценка состояния тканей пародонта на основании жалоб, глубины пародонтальных карманов (ПК). Из дополнительных методов обследования использовались внутриротовая рентгенография и ортопантомография. До включения в исследование ни у одного пациента ранее остеопороз или остеопения не диагностировались и соответственно никаких препаратов, влияющих на костную ткань, пациенты не получали.

Результаты исследования. У пациентов без потери МПК периферического скелета (3-я группа) кровоточивость десны отмечалась лишь в 26,1% случаев. На болевые ощущения при пережевывании пищи и чистке зубов жаловались лица с остеопорозом (66,2%) и остеопенией (48,9%). Не менее характерная жалоба при пародонтите средней и тяжелой степени – подвижность зубов. При остеопорозе она выявлена в 63,1%, у лиц без потери МПК – в 13% наблюдений.

Таким образом, все пациенты предъявляли жалобы, связанные с поражением пародонта, однако такие симптомы, как кровоточивость десны, болевой синдром, подвижность зубов, чаще отмечались у пациентов с остеопенией и остеопорозом.

У пациентов с остеопорозом мы отметили в среднем отсутствие 11,1 зуба, с остеопенией – 7,2, а при нормальной МПК – 6,3 (различия данных у лиц с остеопорозом и без потери МПК достоверны, p < 0,05). Пациенты с остеопорозом отмечали более ранний возраст начала выпадения зубов (в среднем 37,3 года), чем пациенты без потери МПК (в среднем 49,5 года). Обнаружена также умеренная отрицательная

корреляция между значением индекса КПУ и потерей МПК (по t-критерию): $r = -0,4$; $p = 0,0002$. При этом среднее значение индекса КПУ у пациентов без потери МПК составило $13,0 \pm 5,4$, с остеопенией – $14,8 \pm 4,5$, с остеопорозом – $18,7 \pm 6,2$ разница между данными пациентов с нормальной МПК и остеопорозом статистически достоверна ($p=0,0005$). Значение индекса КПУ в зависимости от потери МПК. Исследование пародонтального кармана (ПК) показало, что у пациентов с остеопорозом средняя их глубина составила $4,7 \pm 1,5$ мм, остеопенией – $2,6 \pm 0,9$ мм, у пациентов без потери МПК – $2,1 \pm 0,2$ мм. Глубина пародонтальных карманов также имеет некоторые особенности. Так, средняя глубина ПК в 1-й группе – $4,7 \pm 1,5$, во 2-й группе – $2,6 \pm 0,9$, в 3-й группе – $2,1 \pm 0,3$. Однако при остеопорозе чаще (41,5%) выявлялась глубина ПК более 5,0 мм (при остеопении – 24,5%); в отсутствие потери МПК в периферическом скелете данное явление не обнаруживалось. Анализ между степенью потери МПК в периферическом скелете и глубиной ПК показал, что она статистически достоверна ($p=0,008$), но у пациентов с остеопорозом глубина ПК уже достоверно не зависела от степени потери МПК ($p=0,35$).

Всем пациентам проводилась ортопантомография челюстей. Результаты ортопантомографического исследования: у пациентов с остеопорозом в 56,9% случаев отмечалась резорбция межальвеолярных перегородок ряда зубов на 1/3 длины корня, у 43,1% – до 1/2 и в 43,1% случаев до 2/3. При этом у пациентов с остеопенией ни в одном случае не отмечалась резорбция более 1/2 длины корня, а у пациентов без потери МПК периферического скелета – более 1/3. У пациентов без потери МПК в 13% случаев костная резорбция не определялась. Значительно различалась и частота выявления ПК: при остеопорозе – в 52,3% случаев, при нормальной МПК – лишь в 13,1% ($p < 0,05$). Следует отметить, что у 4 (6,2%) пациентов с тяжелым остеопорозом и патологическими переломами костей в анамнезе была выявлена атрофия альвеолярных отростков.

По данным анализа тяжести поражения пародонта (результаты комплексного обследования), ХГП тяжелой степени наиболее часто диагностировался у пациентов с остеопорозом (41,5%, различия достоверности

при сравнении (60,9%) с 3-й группой); пародонтит легкой степени чаще всего отмечался у пациентов без потери МПК. У всех обследованных определялась та или иная степень поражения тканей пародонта. При этом тяжесть поражения нарастала с увеличением потери МПК в периферическом скелете: у пациентов с остеопорозом отмечено большее число тяжелых форм пародонтита, чем у лиц с остеопенией и без потери МПК.

Результаты работы продемонстрировали ухудшение состояния пародонтального комплекса по мере нарастания потери МПК периферического скелета: это подтверждается большим числом пациентов с жалобами на кровоточивость десен, болевые ощущения при пережевывании пищи и подвижность зубов в группе пациентов с диагностированным остеопорозом. Доказательством указанных взаимосвязей служат выявленные корреляции индексных оценок состояния пародонтального комплекса и степени потери МПК. Другие исследования демонстрировали лишь взаимосвязь числа отсутствующих зубов и потери МПК в лицевом скелете, что, очевидно, предполагает и потерю МПК в периферическом скелете. Установлено нарастание числа отсутствующих зубов по мере потери МПК в периферическом скелете. В соответствии с описанной зависимостью тяжести симптоматики заболеваний пародонта от степени потери МПК в периферическом скелете ожидаемым результатом стало достоверно большее число пациентов с ХГП тяжелой степени в группе пациентов с остеопорозом. Исходя из приведенных данных можно заключить, что при системном остеопорозе поражение пародонта выражено больше и встречается чаще, чем в отсутствие такового.

Врач-стоматолог, учитывая результаты как нашего исследования, так и данные зарубежных авторов, при значительном поражении пародонтального комплекса может указать и пациенту, и его лечащему врачу терапевтической специальности на высокий риск развития системного остеопороза. Иными словами, заболевания пародонта могут явиться ранними маркерами потери МПК в периферическом скелете.

Заключение. Вышеизложенное позволяет заключить, что у пациентов с остеопорозом чаще, чем в его отсутствие, отмечаются кровоточивость десны (89,2%), болевые ощущения при пережевывании пищи и

чистке зубов (66,2%), подвижность зубов (63,1%). У них же в среднем отмечено отсутствие 11,1 зуба, причем в более молодом возрасте, а индекс КПУ составил $18,7 \pm 6,2$ против $13,0 \pm 5,4$ у пациентов без потери МПК. При этом средняя глубина ПК при остеопорозе – $4,7 \pm 1,5$ мм, при остеопении – $2,6 \pm 0,9$ мм, у пациентов без потери МПК – $2,1 \pm 0,3$ мм. Выявлена статистически достоверная взаимосвязь степени потери МПК периферического скелета и глубины ПК ($p=0,008$); получены отрицательные сильные корреляционные связи между потерей МПК и пародонтальными индексами ($r=-0,7$; $p<0,0001$). ХГП тяжелой степени в 41,5% случаев диагностировался у пациентов с остеопорозом, в то время как ХГП легкой степени наиболее часто отмечался у пациентов без потери МПК (в 60,9% случаев). На ортопантограмме у всех пациентов с остеопорозом отмечена резорбция межальвеолярных перегородок, у 43,1% – до 23 длины корня зубов; при этом у пациентов без потери МПК она наблюдалась лишь в 13,1% случаев и только до 13 длины корня. У 4 (6,2%) лиц с тяжелым остеопорозом выявлена атрофия альвеолярных отростков.

Литература

1. Васильев, А.Ю. Лучевая диагностика в стоматологии / А.Ю. Васильев // Вопросы современной стоматологии. – 2014. – № 5. – С. 78-95.
2. Лукавенко, А.А. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.А. Лукавенко // Институт стоматологии. – 2015. – С. 19-24.
3. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов : руководство : атлас / пер. с англ. В.В. Пожарского ; под ред. С.К. Тернового. – Москва, 2011. – 552 с.
4. Храмцова, Н.А. Минеральная плотность костной ткани и кардио-васкулярная патология при ревматоидном артрите / Н.А. Храмцова // Сибирский мед. журн. – 2012. – № 2. – С. 35-46.
5. Kaner, D. Minimally invasive flap surgery and enamel matrix derivative in the treatment of localized aggressive periodontitis : case report / D. Kaner // Int. J. Periodontics Restorative Dent. – 2009. – Vol.29. – №1. – P. 89-97.
6. Nedir, R. Prosthetic complications with dental implants : from an up-to-8-year experience in private practice / Nedir R. // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. – 2010. – Vol. 21. – № 6 – P. 919-928.

АТОМНО-СИЛОВАЯ МИКРОСКОПИЯ КАК МЕТОД АНАЛИЗА ПОВЕРХНОСТИ АБАТМЕНТА НА МИКРО- И НАНОУРОВНЕ

Султанов А.А.*, Карпенко А.А.**, Первов Ю.Ю.*, Батоев А.А.*

*ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»,
г. Владивосток (Россия)

**ФГБУН «Институт биологии моря им. А.В. Жирмунского» ДВО РАН,
г. Владивосток (Россия)

E-mail: doctorsultanov@mail.ru

Аннотация. Проведено экспериментальное исследование поверхности абатмента с использованием метода сканирующей зондовой микроскопии в режиме атомно-силового микроскопа. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой информативности и незаменимости данного метода исследования для изучения локальных свойств поверхности на атомном уровне.

Ключевые слова: сканирующая зондовая микроскопия, атомно-силовая микроскопия, абатмент, топография поверхности.

ATOMIC FORCE MICROSCOPY AS A METHOD OF SURFACE ANALYSIS OF THE ABUTMENT AT MICRO- AND NANOSCALE

A.A. Sultanov*, A.A. Karpenko**, Yu.Yu. Pervov*, A.A. Batoev*

*Vladivostok State Medical University, Vladivostok (Russia)

**Institute of Marine Biology named after A.V Zhirmunsky, Vladivostok (Russia)

Abstract. Atomic force microscopy as a method of analysis of the surface of the abutment at the micro- and nanoscale has been done. The experimental study of the surface of the abutment used the methods of scanning probe microscopy mode atomic force microscope. The results of the study suggest a high informative value and indispensability of this method of research for the study of local properties of surfaces at the atomic level.

Keywords: scanning probe microscopy, atomic force microscopy, abutment, surface topography.

Актуальность. Анализ рынка стоматологических услуг свидетельствует о том, что ежегодно в мире устанавливается около 2 млн имплантатов [5]. Однако, несмотря на значительный успех современной дентальной имплантации именно в раннем послеоперационном периоде, в научной литературе все больше рассматривается проблематика отдаленных осложнений: потеря имплантатов, связанных в первую очередь с возникающим воспалением в перимплантационном пространстве [5].

Ведущую роль в патогенезе развития воспалительного процесса, его распространенности и интенсивности играет патогенная микробная флора полости рта. Функционирование имплантатов сопровождается развитием биопленки на внекостных поверхностях и супраструктурах имплантатов [1]. Причинно-следственная связь между воспалением и развитием биопленки на внекостных поверхностях супраконструкций дентальных имплантатов подтверждены клиническими исследованиями [4]. Фактор адгезии материала преимущественно связан со структурой его поверхности и зависит от критического напряжения поверхности. Установлены очень низкие показатели роста бактерий *in vitro* на поверхности, отполированной до блеска [3].

В связи вышеизложенным вопрос о разработке методов исследования, позволяющих на микро- и наноуровнях проводить исследование поверхности материала, применяемого в клинической стоматологии, на сегодняшний день является особенно актуальным.

Цель исследования. Целью исследования стало изучение морфологии поверхности абатмента, контактирующей с эпителием десневой манжетки и интерфейсом имплантата.

Материалы и методы. Для достижения данной цели нами был использован метод атомно-силовой микроскопии. В основе работы зондовых микроскопов лежат различные типы взаимодействия зонда с поверхностью. Так работа туннельного микроскопа основана на явлении протекания туннельного тока между металлической иглой и проводящим образцом. При этом различные типы силового взаимодействия лежат в основе работы атомно-силового, магнитно-силового и электро-силового микроскопов [2].

Для получения СЗМ изображения осуществляют специальным образом организованный процесс сканирования образца. При сканировании зонд вначале двигали над образцом вдоль определенной линии (строчная развертка), при этом величина сигнала на исполнительном элементе, пропорциональная рельефу поверхности, и записывается в память компьютера. Затем зонд возвращали в исходную точку и переходили на следующую строку (кадровая развертка), процесс повторяли вновь. Записанный таким образом при сканировании сигнал обратной связи обрабатывается компьютером и затем СЗМ изображение рельефа поверхности строится с помощью средств компьютерной графики.

СЗМ методы позволяют не только визуализировать и диагностировать микро- и нанообъекты различной природы, но и манипулировать одиночными нанообъектами и модифицировать их структуру с высоким пространственным разрешением. Для этих целей используются электронные токи большой плотности, сильные электрические поля и механические давления, которые можно легко реализовать в наноконтакте. К основным видам СЗМ относятся: сканирующая туннельная микроскопия (СТМ), атомно-силовая микроскопия (АСМ), электро-силовая микроскопия (ЭСМ), магнитно-силовая микроскопия (МСМ), ближнепольная оптическая микроскопия (БОМ).

Для исследования образцов поверхности абатментов, контактирующих с эпителием десневой манжетки и интерфэйсом имплантата, было проведено исследование с использованием метода сканирующей зондовой микроскопии в режиме атомно-силовой микроскопии. В качестве образцов для исследования морфологии и локальных свойств поверхности супраструктур имплантатов использовались абатменты, выполненные из сплава на основе титана Ti-6Al-4V «Semodos Vego Implant Systems GmbH&Co» и «SGS Dental».

Исследование проводилось в лаборатории биофизики клетки ФГБУН «Институт биологии моря им. А.В. Жирмунского» ДВО РАН совместно с кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет». В связи с жесткостью поверхности исследуемого образца экспериментальное исследование проводилось методом АСМ в контактном

режиме, не прибегая к специальным мерам для минимизации силы воздействия острия кантилевера на образец. Для тестирования абатменты были взяты из стерильных упаковок при использовании стерильного пинцета для установки образца в вакуумную камеру АСМ. Визуализация поверхности абатментов осуществлялась в различных режимах атомно-силовой микроскопии. На АСМ изображениях проводили продольные и поперечные сечения, вдоль которых строили профиль сечения поверхности. Обработка полученных микропрофилей заключалась в анализе параметров поверхностей Rz, Ra, Rmax.

В работе был использован атомно-силовой микроскоп «Bioscope Catalyst» (Bruker, Santa Barbara, CA, USA) в сочетании с инвертированным микроскопом «Axiovert 200» (Zeiss, Germany). Изображение получали в контактном режиме «Scan Asyst mode». Максимальное поле сканирования составляло 25x25 мкм. Для контроля отсутствия разрушения образца при сканировании выборочно использовался полубесконтактный режим (Tapping mode). Применяли кантилеверы «RTESPA» (k:20-80N/m, f0 :318-333 kHz) и TAP 525 (k:100-200N/m, f0: 534-572 kHz) (Bruker, Santa Barbara, CA, USA). Для определения микромеханических характеристик (модуль упругости, деформация, адгезия) применяли недавно разработанный фирмой «Bruker» режим наномеханического картирования «The Peak Force Quantitative Nanomechanical Mapping (PFQNM) mode». Перед каждым микромеханическим картированием исследуемого образца проводили калибровку датчика (кантилевера) по опорным материалам-эталонам «Bruker» с известными механическими свойствами поверхности: чувствительность к отклонению по лейкосапфиру, модуль упругости по полистиролу: «polystyrene» (2.7 GPa) и высокоориентированному пиролиитическому графиту: «HOPG» (18 GPa). Кроме того, измеряли радиус скругления кончика иглы кантилевера на специальной тестовой пластине с покрытием из оксида титана. Полученные калибровочные данные использовались программой «NanoScope v8.10» (Bruker) для расчета истинной константы упругости (k) и построения изображения объекта в микромеханических величинах (деформация, модуль упругости, адгезия). Для оценки шероховатости поверхности применяли опцию

«Roughness» из упомянутого выше программного пакета. Поскольку метод «PFQNM» позволяет получать изображения объекта в микрометрических величинах (адгезия, модуль упругости и др.), для оценки таких данных применяли те же опции «Roughness».

Результаты и обсуждения. Оттенок участка поверхности задает высоту его расположения над нулевым уровнем, предварительно заданный кантилевером атомно-силового микроскопа. Профилограмма поверхности абатментов, полученных методом атомно-силовой микроскопии, позволяет оценить характеристики профиля поверхности по определенному сечению. Профилограммы позволяют количественно оценить характер рельефа поверхности.

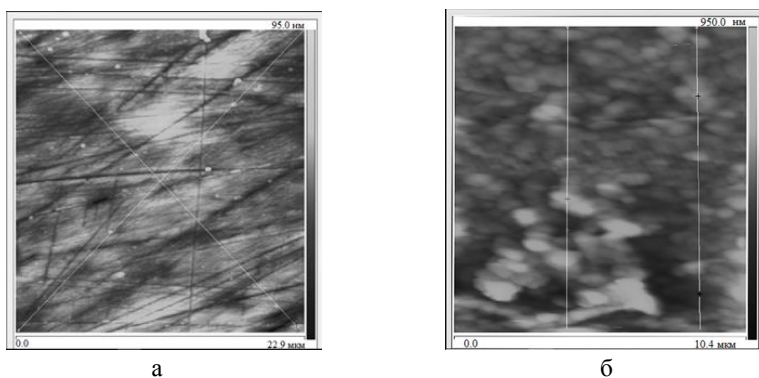


Рис. 1. АСМ-изображение поверхности абатмента, полученное контактным методом «АСМ»: а – топография поверхности абатмента, имплантационная система «SGS»; б – абатмент, имлантационная система «Semodos»

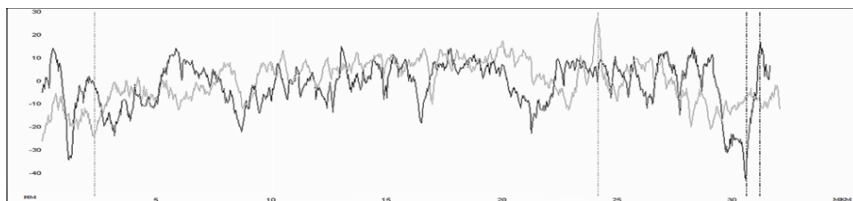


Рис. 2. Профилограмма абатмента «SGS» (выбранная область отмечена на рис. 1, а)

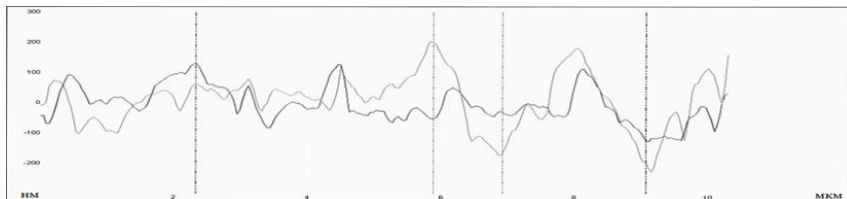


Рис.3. Профилограмма абатмента «Semodos»
(выбранная область отмечена на рис.1, б)

Для лучшей визуализации топографии поверхности образцов были построены трехмерные АСМ-изображения (рис.4). К изображениям также применялась функция повышения контрастности для улучшения качества детализации строения поверхности образцов. Высота неровностей на изображениях дифференцировалась яркостью изображения. Наиболее темные участки соответствовали углублениям рельефа поверхности образца. После обработки данных изображения проводился расчет гранулометрического состава (диаметр структурных единиц).

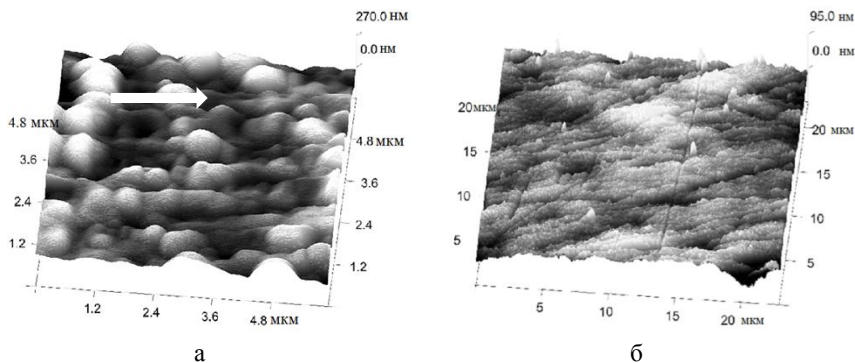


Рис.4. 3D-визуализация рельефа участка поверхности абатмента, полученная при помощи атомно-силового микроскопа: а – абатмент, имплантационная система «Semodos»; б – абатмент, имплантационная система «SGS»

Поверхность абатмента «Semodos», размер поля сканирования 6,0х6,0 мкм в контактном режиме сканирования. АСМ, изображения, топография, изображения были получены на комплексе «Bioscope

Catalyst» в режиме атомно-силового микроскопа (АСМ). На АСМ-изображении видна фактура поверхности. Характерной особенностью поверхности абатментов «Semodos» является наличие округлых зерен, величина которых разнится от 2,5 мкм до 0,5 мкм в диаметре, вершины отдельных зерен достигают 270 нм (указаны стрелкой). Зерна равномерно покрывают поверхность абатмента, создавая достаточно сложный рельеф поверхности, характеризующийся наличием возвышений и впадин, борозд и валиков. Зерна имеют уплощенную и округлую форму.

Поверхность абатмента «SGS» – АСМ-изображение, размер поля сканирования 25x25 мкм. Контактный режим сканирования, топография, изображения были получены на комплексе «Bioscope Catalyst» в режиме атомно-силового микроскопа (АСМ). В сравнении с абатментом системы «Semodos» абатменты системы «SGS» имеют иную фактуру поверхности. Поверхность абатмента характеризуется рельефом различной степени сложности. На значительном протяжении определяются участки с различными по степени углублениями и возвышениями, а также фактически ровные участки. Совокупность этих неровностей и составляют микрорельеф поверхности абатмента. Рельеф поверхности характеризуется определенной регулярной шероховатостью и состоит из мелких отдельных частиц, имеющих высокую дисперсность. Средний размер зерна составляет менее 5 мкм. Высота самой высокой точки поверхности составляет 95 нм. Характерной особенностью покрытия абатментов «SGS» является наличие включений в виде зерен пирамидальной формы размерами около 0,1-1 мкм и высотой 95 нм (указано стрелкой).

Несмотря на значительную разницу в масштабе, четко визуализируется разница в морфологии поверхности. Исходя из разницы в поверхности можно предположить различную интенсивность в образовании биопленки, а также различную прецизионность соединения абатмент-интерфейс имплантата.

Заключение. Поверхность абатмента, непосредственно контактирующая с эпителием десневой манжетки, играет значительную роль в долгосрочности прогноза функционирования имплантата. Так, веду-

шей причиной отсроченной потери имплантата является развитие мукозита и, как следствие его, развитие переимплантита, который напрямую зависит от микробной контаминации на внескостных поверхностях супраконструкций дентальных имплантатов. В целом АСМ является прогрессивным, ведущим методом изучения морфологии и локальных свойств поверхности, позволяющим анализировать ее структуру на атомном уровне. Исследование морфологии, топографии и локальных свойств поверхности абатмента позволяет спрогнозировать долгосрочность его функционирования, провести сравнительную характеристику абатментов различных имплантационных систем, провести сравнительную характеристику материалов, используемых для изготовления абатментов, обосновать результаты клинических исследований. АСМ позволяет изучить невидимые с помощью других методов изменения структуры поверхности абатмента, детально исследовать влияние клеток эпителия на топографию поверхности, что способствует проведению корреляции с возникновением воспалительного процесса в переимплантационных тканях.

Литература

1. Быков, Ю.А. О некоторых особенностях структуры и свойств металлических «тонких» пленок / Ю.А. Быков, С.Д. Кармухин, Е.И. Газулина // Москва : Изд-во МГТУ имени Н.Э. Баумана «МиТОМ», 2000. – №6. – С.45-47.
2. Миронов, В.Л. Основы сканирующей зондовой микроскопии / В.Л. Миронов. – Москва : Техносфера, 2005. – 110 с.
3. Соловьева, А.М. Индивидуальная гигиена полости рта у пациентов с имплантатами / А.М. Соловьева // Новое в стоматологии. – 2013. – №7. – С.102-104.
4. Allais, G. Биопленка полости рта / G. Allais // Новое в стоматологии. – 2005. №4 – С.4-14.
5. Heitz-Mayfield Surgical and nonsurgical periodontal therapy. Learned and unlearned concepts / Heitz-Mayfield, N.P. Lang // Periodontolog. – 2000. – Vol.62. – №1. – P.218-231.

* * *

**ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ВОДЫ, ОРГАНИЧЕСКИХ
И НЕОРГАНИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В МЫШЦЕЛКОВОМ ОТРОСТКЕ,
СУСТАВНОЙ ЯМКЕ И СУСТАВНОМ БУГОРКЕ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Намханов В.В.*, Писаревский Ю.Л.**

**ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет»,
г. Улан-Удэ (Россия)*

***ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»,
г. Чита (Россия)*

E-mail: namhanov@yandex.ru

Аннотация. В статье приведены данные о количественном содержании воды в элементах височно-нижнечелюстного сустава человека в возрастном аспекте. Показаны особенности внутрисуставных отношений элементов височно-нижнечелюстного сустава человека в связи с различными патологическими состояниями зубочелюстной системы. Изменения, происходящие в челюстях, оказывают непосредственное влияние на височно-нижнечелюстной сустав.

В изучении изменений костной ткани определенное место отводится исследованиям минерального компонента: его химического состава, динамики количественного содержания неорганических веществ и отдельных элементов в минерализованной костной ткани. При этом показано, что физические свойства костной ткани определяются ее химическим составом, а именно соотношением между количеством воды и органических и неорганических веществ.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, костная ткань, суставная ямка, суставной бугорок, мышцелковый бугорок, биохимия.

**CHANGES OF WATER CONTENT, ORGANIC AND INORGANIC
SUBSTANCES IN THE CONDYLE BONE, GLENOID FOSSA
AND ARTICULAR TUBERCLE OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT**

Namkhanov V.V.*, Pisarevsky Y. L.**

**Buryat State University, Ulan-Ude (Russia)*

***Chita State Medical Academy, Chita (Russia)*

E-mail: namhanov@yandex.ru

Abstract. The article presents quantitative data on the water content in the elements of the temporomandibular joint in the human body in the age aspect. The features of intra-articular relations of the elements of the temporomandibular joint of the person in connection with various pathological conditions of the dentition. Changes in the jaws, have a direct impact on the temporomandibular joint.

The specific location refers to research of mineral component in studying bone changes: its chemical composition, dynamics of the quantitative content of inorganic substances and certain elements in mineralized bone tissue. It is shown that the physical properties of bone tissue are determined by its chemical composition, namely the communication between water, organic and inorganic substances.

Keywords: temporomandibular joint, bone, articular fossa, articular tubercle, condyle tubercle, biochemistry.

Введение. Костная ткань в отличие от прочих видов соединительной ткани содержит значительное количество межклеточного вещества с большим содержанием минеральных солей. В изучении изменений костной ткани определенное место отводится исследованиям минерального компонента: его химического состава, динамики количественного содержания неорганических веществ и отдельных элементов в минерализованной костной ткани [1, 2, 4]. Однако по затронутым аспектам имеются единичные работы [3, 5]. Так, до настоящего времени остаются малоизученными биомеханические и биохимические параметры височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) на этапах формирования и функционирования зубочелюстной системы у детей как при интактной зубочелюстной системе, так и при патологических ее состояниях (аномалии прикуса и положения нижней челюсти).

Цель исследования. Провести оценку и анализ состояния основных компонентов (вода, органические и неорганические вещества) костной ткани в суставном бугорке, суставной ямке и мышцелковом отростке височно-нижнечелюстного сустава человека в возрастном аспекте.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было проведено комплексное исследование 54 височно-нижнечелюстных суставов (правых и левых), изъятых из трупов практически здоровых людей 5-13 лет, погибших в результате несчастных случаев (травма, утопление, механическая асфиксия). Суставы фиксировали в первые часы после изъятия. Заливка и приготовление блоков проводились по методике Л.П. Григорьевой.

Содержание воды определяли по разнице массы фрагмента ВНЧС (мышцелковый отросток, суставной бугорок и суставная ямка) до и после высушивания в термостате при температуре 85°C до постоянной массы. Количественное содержание органических и неорганических веществ определяли газометрическим методом после озоления фрагментов ВНЧС в муфельной печи при температуре 420°C до постоянной массы.

Результаты исследований рассчитывали на сырую массу фрагмента ВНЧС (%). Цифровые данные обработаны методом вариационной статистики. Разницу считали достоверной при $P < 0,05$.

Результаты исследований. Известно, что физические свойства костной ткани определяются в значительной мере ее химическим составом, в первую очередь соотношением между количеством воды и органических и неорганических веществ.

Установлено, что в костной ткани элементов сустава в возрасте 5-13 лет содержится следующее количество воды (в % на массу влажной кости): в мышцелковом отростке – $28,81 \pm 0,4\%$. Суставной бугорок содержит несколько меньше воды – $22,46 \pm 0,72\%$, чем мышцелковый отросток ($P < 0,001$). Суставная ямка имеет минимальное количество воды – $19,23 \pm 0,63\%$. При сравнении количественного содержания воды в элементах сустава мы находим достоверность этих различий как относительно мышцелкового отростка, так и между суставным бугорком и суставной ямкой ($P < 0,001$). Такое распределение воды, по всей видимости, можно связать со строением костной ткани сустава. По данным [4], суставные элементы состоят из компактного и губчатого вещества, причем количество губчатого вещества снижается, а компактного – увеличивается от мышцелкового отростка к суставной ямке. Поскольку губчатое вещество содержит воды больше, чем компактное, то его убыль ведет к соответствующему перераспределению воды в элементах сустава.

Изучение динамики органических веществ в элементах сустава выявило ту же закономерность, что и распределение воды.

В мышцелковом отростке содержится максимальное количество органических веществ на массу сухой костной ткани – $44,27 \pm 0,91\%$, по сравнению с суставным бугорком – $37,42 \pm 0,67\%$, при $P < 0,001$.

Исследования суставной ямки показали, что количество органических веществ продолжает снижаться и составляет $35,21 \pm 0,79\%$, что достоверно меньше относительно показателей в мышечковом отростке ($P < 0,001$) и суставном бугорке ($P < 0,005$).

Исследование соотношения содержания неорганических веществ на массу сухой костной ткани в элементах ВНЧС позволяет нам говорить о тесной взаимосвязи неорганического компонента и строения костной ткани.

Мышечковый отросток, который содержит большое количество губчатого вещества, является наименее минерализованным элементом сустава – $55,73 \pm 0,91\%$. В суставном бугорке неорганических веществ достоверно больше, чем в мышечковом отростке – $62,58 \pm 0,73\%$ ($P < 0,001$), но его значения не достигают аналогичных параметров суставной ямки, костная ткань которой практически полностью состоит из компактного вещества – $64,79 \pm 0,56\%$ ($P < 0,005$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что процесс увеличения неорганического матрикса и уменьшения органических веществ и воды от мышечкового отростка к суставной ямке височно-нижнечелюстного сустава происходит в возрасте 6-13 лет.

Литература

1. Силин, А.В. Комплексное лечение мышечно-суставных дисфункций височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с зубочелюстными аномалиями / А.В. Силин, А.М. Лиля // Институт стоматологии. – 2014. – № 42. – С. 29-31.
2. Калинин, С.Е. Топографо-анатомические взаимоотношения связочного аппарата и капсулы височно-нижнечелюстного сустава при различных состояниях окклюзии / С.Е. Калинин, С.С. Воробьева // Вопросы современной стоматологии. – 2014. – № 5. – С. 96-98.
3. Михайлов, А.С. Принципы морфофункциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава человека / А.С. Михайлов, И.В. Савельев // Институт стоматологии. – 2015. – С. 19-24.
4. Рябыхин, А.С. Височно-нижнечелюстной сустав человека: биомеханический анализ / А.С. Рябыхин // Российский журнал биомеханики. – 2014. – № 4. – С. 11-17.
5. Смирнов, А.В. Минеральная плотность костной ткани у женщин с ревматоидным артритом в постменопаузальном периоде / А.В. Смирнов // Современная ревматология. – 2015. – № 1. – С.37-41.

**ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСОВ
У ЖЕНЩИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ
В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

Чижов Ю.В. , Митрофанов П.В.* , Сумароков А.А.* ,
Гершеневич Г.М.* , Жуковская Г.П.** , Тыченко С.А.**

**ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск (Россия)*

**Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1,
г. Красноярск (Россия)
E-mail: gullever@list.ru*

Аннотация. В работе описаны показатели психического и соматического статусов у женщин с шизофренией, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи. Дифференцированы три формы шизофрении, выявлено количество лиц, опасных для окружающих и для самих себя (суицид). Определена оценка психического здоровья каждой пациентки, где были выявлены особенности поведения (слабоумие, агрессия, апатия, припадки) при всех формах шизофрении. При этом установлены соматические заболевания, наиболее часто встречающиеся при различных формах шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, соматические заболевания, ортопедическое стоматологическое лечение.

**INDICATORS OF THE MENTAL AND SOMATIC STATUS IN FEMALES
WITH SCHIZOPHRENIA NEEDING ORTHOPEDIC DENTAL TREATMENT**

Chizhov Yu.V. , Mitrofanov P.V.* , Sumarokov A.A.* ,
Gershenovitch G. M.* , Zhukovsky G.P.** , Tychenko S.A.**

**Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voino-Yasenetsky,
Krasnoyarsk (Russia)*

***Krasnoyarsk regional psychoneurological clinic №1, Krasnoyarsk (Russia)
E-mail: gullever@list.ru*

Abstract. The work describes indicators of the mental and somatic statuses in females with schizophrenia needing the orthopedic dental help. Three forms

of schizophrenia have been differentiated, the number of the patients dangerous to people around and for themselves have been revealed (suicide). The assessment of the mental health of each patient has been defined, features of behavior (weak-mindedness, aggression, apathy, attacks) of all forms of schizophrenia have been revealed. Somatic diseases, mostly often met in various forms of schizophrenia have been established.

Keywords: schizophrenia, somatic diseases, orthopedic dental treatment.

Введение. Общеизвестным является тот факт, что шизофрения – это тяжелое психическое заболевание, возникновение, клинические варианты и течение которого определяются совокупностью взаимодействия генетических и средовых факторов. Накоплен большой фактический материал, свидетельствующий о нейроэндокринных биохимических, иммунологических нарушениях у больных шизофренией. Несомненно, существует тесная связь между психическим и соматическим состояниями, они взаимосвязаны и обуславливают поведение человека, что необходимо учитывать при выборе тактики общения в условиях стоматологического приема, особенно у пациентов с психической патологией [1, 2, 3].

Цель работы. Изучить взаимосвязь между психиатрическим и соматическим статусом пациентов, имеющих нуждаемость в ортопедическом стоматологическом лечении.

Материалы и методы исследования. Нами методом анкетирования, выкипировки данных истории болезни, объективного обследования изучены особенности психиатрического, соматического и ортопедического стоматологического статуса 30 женщин в возрасте от 20 до 80 лет, находящихся на стационарном лечении в Красноярском краевом психиатрическом диспансере №1 по поводу шизофрении. При этом была использована авторская карта изучения психиатрического, соматического и стоматологического статусов лиц с психиатрическими заболеваниями, где отражены: пол, возраст, вид и особенности психиатрического заболевания, особенности поведения, оценка своего психического здоровья, наличие сопутствующих соматических заболеваний, ортопедический стоматологический статус.

Результаты исследования. В структуре шизофрении выявлено, что 25 чел. (83,3%) страдают параноидной формой, 1 чел. (3,3%) – катонической, 4 чел. (13,4%) – остаточной формой шизофрении (табл.1). По степени опасности для окружающих и для самих себя выявлено, что склонностью к суициду страдают 2 чел. (6,7%), к социально-опасным типам относятся 10 чел. (33,3%). При оценке своего психического здоровья только 2 чел.(6,6%) указали его как плохое, остальные 24 (80%) оценили его как хорошее – 14 чел. (46,7%) и удовлетворительное – 14 чел. (46,7%).

Таблица 1

**Показатели психиатрического статуса женщин с шизофренией
(степень опасности для окружающих и самого пациента;
оценка своего психического здоровья)**

Вид психического заболевания		Кол-во пациентов		Степень опасности для окружающих и самого пациента				Оценка своего психического здоровья					
				суицид		социально опасный тип		хорошее		удовл.		плохое	
		абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Шизофрения	параноидная	25	83,3	2	6,7	7	23,3	14	46,7	10	33,3	1	3,3
	кататоническая	1	3,3	0	0	1	3,3	0	0	1	3,3	0	0
	остаточная	4	13,4	0	0	2	6,7	0	0	3	9,9	1	3,3
	Итого	30	100	2	6,7	10	33,3	14	46,7	14	46,5	2	6,6

В структуре особенностей поведения все пациентки страдают апатией (эмоционально-волевым дефектом) – 30 чел. (100%), в меньшей степени проявляется агрессия – 4 чел. (13,4%) (табл.2).

Таблица 2

**Показатели психиатрического статуса женщин,
страдающих шизофренией (особенности поведения)**

Вид психического заболевания		Кол-во пациентов		Особенности поведения							
				слабоумие		агрессия		эмоционально-волевой дефект (апатия)		припадки	
		абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Шизофрения	параноидная	25	83,3	0	0	2	6,7	27	90,0	0	0
	кататоническая	1	3,3	0	0	0	0	1	3,3	0	0
	остаточная	4	13,4	0	0	2	6,7	2	6,7	0	0
	Итого	30	100	0	0	4	13,4	30	100	0	0

Соматический статус. При анализе сопутствующих хронических заболеваний у пациенток с шизофренией, находящихся на стационарном лечении, было выявлено, что наибольшее количество пациенток страдают болезнями органов пищеварения – 12 чел. (40,0%). На втором месте по распространенности хронических соматических заболеваний среди пациенток с шизофренией находятся сердечно-сосудистые заболевания – 11 чел. (36,6%), на третьем месте – болезни нервной системы и органов дыхания – по 3 чел. (9,9%). На остальные классы соматических хронических заболеваний приходится всего 3 чел. (9,9%) (табл.3, 4).

Таблица 3

Показатели соматического статуса женщин с шизофренией

Вид психического заболевания		Кол-во пациентов		Хронические соматические болезни					
				системы кровообращения		органов дыхания		эндокринной системы	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Шизофрения	параноидная	25	83,3	9	30,0	3	9,9	1	3,3
	кататоническая	1	3,3	1	3,3	0	0	0	0
	остаточная	4	13,4	1	3,3	0	0	1	3,3
	Итого	30	100	11	36,6	3	9,9	2	6,6

Показатели соматического статуса женщин с шизофренией

Вид психического заболевания		Кол-во пациентов		Хронические соматические болезни							
				органов пищеварения		нервной системы		костно-мышечной системы		мочеполовых органов	
		абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Шизофрения	параноидная	25	83,3	11	36,7	3	9,9	1	3,3	0	0
	катоническая	1	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0
	остаточная	4	13,4	1	3,3	0	0	0	0	0	0
	Итого	30	100	12	40,0	3	9,9	1	3,3	0	0

Заключение. Из всех обследованных женщин с шизофренией и нуждаемостью в ортопедическом стоматологическом лечении наибольшее количество – 25 (83,3%) – имеют диагноз «параноидная шизофрения». При этом в структуре хронических соматических заболеваний у обследованных пациенток, болеющих шизофренией, на первом месте заболевания органов пищеварения – у 11 чел. (36,7%); на втором – заболевания сердечнососудистой системы – у 9 чел. (30%). По степени опасности для окружающих наибольшее количество пациентов было выявлено с диагнозом «параноидная шизофрения» – 7 чел. (23,3%). По степени опасности для самих себя (суицид) выявлено 2 чел. (6,7%), также с диагнозом «параноидная шизофрения». Свое психическое здоровье оценили как «хорошее» – 14 чел. (46,7%), как «удовлетворительное» – 10 чел. (33,3%), как «плохое» – 1 чел. (3,3%). Практически все с параноидной формой шизофрении оценили свое здоровье положительно – 24 чел. (80%). Среди особенностей поведения больных шизофренией на первом месте «эмоционально-волевой дефект» (апатия) – у 30 чел. (100%), на втором месте – «агрессия» – у 4 чел. (13,3%). Практически все с параноидной формой шизофрении – 26 чел. (86,7%).

Литература

1. Иванова, Г.Г. Состояние зубочелюстной системы у страдающих непрерывно текущей шизофренией : дис...канд. мед. наук / Г.Г. Иванова. – Москва, 1973. – 19 с.

2. Ковалев, В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В.В. Ковалев // Роль психологического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – Москва, 1972. – С.46-49.

3. Луханина Т.В. Оценка психоэмоционального и стоматологического статуса у психически больных в связи с задачами терапии: дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Луханина ; ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов Росздрави». – Москва, 2009. – 142 с.

* * *

УДК 616.314-089.23

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ СЪЕМНЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Галеев Р.М., Булгакова А.И., Шафеев И.Р.

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
г. Уфа (Россия)*

E-mail: albina_bulgakova@mail.ru

Аннотация. Проведен анализ пациентов, обратившихся за стоматологической помощью по поводу восстановления дефектов зубных рядов. При этом выявлены некоторые различия, связанные со значительным преобладанием женщин по сравнению с мужчинами, особенно в возрастной группе 50-59 лет. У пациентов, получивших ортопедическое лечение съемными и комбинированными ортопедическими конструкциями во всех возрастных группах, наблюдается преобладание протезов из акриловых пластмасс, далее идут ортопедические конструкции из термопластических материалов. Полученные результаты исследования диктуют необходимость проведения дальнейших исследований для разработки алгоритмов по оптимизации оказания стоматологической помощи у данной категории больных.

Ключевые слова: дефекты зубных рядов, съемные и несъемные протезы, акриловые пластмассы, термопластические материалы.

RESEARCH RESULTS OF PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF REMOVABLE AND COMBINED ORTHOPEDIC STRUCTURES

Galeyev R. M., Bulgakova A.I., Shafeev I.R.
Bashkir State Medical University, Ufa (Russia)

Abstract. The analysis of the patients who have asked for the dental help, concerning restoration of tooth denture defects has been carried out. At the same time we have revealed some distinctions connected with considerable prevalence of females in comparison with males, especially in age group of 50-59 years old. The prevalence of acrylic plastic dentures has been revealed in patients who have received orthopedic treatment by removable and combined orthopedic structures in all age groups and further there were orthopedic structures from thermoplastic materials. The received research results dictate need of further researches for the algorithms development of dental help optimization in this category of patients.

Keywords: defects of tooth dentures, non-fixed and stationary denture, acrylic plastic, thermoplastic materials.

Актуальность исследования. Полная или частичная адентия встречается наиболее часто у взрослых, лиц пожилого и старческого возраста. Пожилой возраст определяет главную особенность и сложность ортопедического лечения этой группы больных в связи со снижением адаптационных возможностей организма [1, 3]. Современная стоматология предлагает большой выбор ортопедических конструкций, используемых при лечении полного и частичного отсутствия зубов. Съёмные протезы, изготовленные с использованием различных материалов, являются эффективным и доступным методом восстановления утраченных анатомических структур, эстетики и функции челюстно-лицевой области [1, 2, 3, 4].

Целью нашего исследования явилось изучение клинической характеристики состояния полости рта у пациентов со съёмными протезами из различных материалов.

Материалы и методы. На первом этапе нами был проведен ретроспективный анализ медицинских амбулаторных карт пациентов, обратившихся за стоматологической помощью и получивших ортопедическое лечение, в возрасте от 30 лет и старше в период 2011-15 гг. Исследование проводилось на базе МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г. Уфа,

на основании данных, полученных в результате стоматологической помощи, оказанной населению врачами-стоматологами ортопедического отделения данной поликлиники в период 2011-2015 гг. На втором этапе были использованы следующие методы: клинический опрос с применением разработанного опросника, анкетирование, клинический осмотр с целью определения стоматологического статуса, рентгенологическое исследование (аппарат «GendexExpert DC» + радиовизиограф «Snapshot»).

Все пациенты были разделены на возрастные группы: от 30 до 39 лет, от 40 до 49 лет, от 50 до 59 лет, старше 60 лет. Среди них проводилось разделение по нозологическим формам по классификациям Кеннеди (I-IV классы) и Оксмана. Статистическую обработку полученных данных осуществляли в операционной среде «Windows 7» с применением компьютерных программ «Microsoft Office», «Excel» и «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. В результате исследования мы определили, что из 1823 пациентов, получивших ортопедическое лечение съемными и комбинированными конструкциями протезов, количество женщин превалировало и составило 1206, а мужчин – 617 человек. Протезирование в возрастной группе 30-39 лет было проведено 179 пациентам (9,8%), 40-49 лет – 536 (29,4%), 50-59 лет – 601 (33%), старше 60 лет – 507 (27,8%) (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность съемных ортопедических конструкций у пациентов с вторичной адентией в зависимости от возраста и гендерной принадлежности

Возрастные группы	30-39 лет		40-49 лет		50-59 лет		60 и старше		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
Съемные	12	34	112	230	144	258	95	268	
Комбинированные	60	73	62	132	76	123	56	88	670
Итого	72	107	174	362	220	381	151	356	1823
	179		536		601		507		

Изготовление съемных ортопедических конструкций в возрастной группе 30-39 лет составило 9,8%, у пациентов в возрасте 40-49 лет – 29,4%, в возрастной группе 50-59 лет – 32,9%, а в группе 60 лет и старше было изготовлено съемных протезов 27,8% пациентам.

В результате нашего исследования мы определили, что ортопедическое лечение частичными и полными съёмными конструкциями проводилось с использованием базисных материалов – акриловых пластмасс (72%) и литьевого термопласта медицинской чистоты (28%). Съёмные ортопедические конструкции из акриловых материалов превалировали в возрастной группе 60 лет и старше и составили 75%, а съёмные протезы из термопластических материалов превалировали в возрастной группе 40-49 лет и составили 42%. Наименьшее количество протезов из акрилатов было в возрастной группе 40-49 лет и составило 58%, а из термопластов в возрастной группе 60 лет и старше – 25%.

Заключение. Среди пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, мы определили гендерное различие: 66,2% составили женщины и 33,8% – мужчины, при этом наибольшее количество составили пациенты в возрастной группе 50-59 лет. У пациентов, получивших ортопедическое лечение съёмными и комбинированными ортопедическими конструкциями, во всех возрастных группах выявлено преобладание протезов из акриловых пластмасс (72%) относительно термопластических материалов (28%). Однако при протезировании только съёмными протезами в возрастной группе 40-49 лет использование термопластических пластмасс составляет 42%, что значительно выше среднего показателя в протезировании комбинированными конструкциями. Полученные результаты исследования дают основания для углубленного изучения пациентов с различными дефектами зубных рядов и разработки алгоритмов по оптимизации лечения у данной категории больных.

Литература

1. Аболмасов, Н.Н. Функциональная биосистема жевательного процесса и реабилитация пациентов с патологией пародонта, осложненной дефектами зубных рядов / Н.Н. Аболмасов // Клиническая стоматология. – 2005. – № 2. – С. 59-61.
2. Булгакова, А.И. Клиническая характеристика пациентов с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов с различными ортопедическими конструкциями / А.И. Булгакова И.Р. Шафеев, Р.М. Галеев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – № 6. – С. 44-47.
3. Джемсон, Н.Дж.А. Частичные съёмные протезы / Н.Дж.А. Джемсон; пер. с англ., под ред. проф. В.Н. Трезубова. – Москва, 2006. – 168 с.
4. Ибрагимов, Т.И. Перспективы современной ортопедической стоматологии / Т.И. Ибрагимов // Медицинский вестник. – 2006. – №3. – С. 2-3.

РАЗДЕЛ V

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

УДК 616.314-007.17-053.2

БИОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ушницкий И.Д., Никифорова Е.Ю., Аммосова А.М.,
Семенов А.Д., Черемкина А.С., Данилова Ю.Ю.
ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)
E-mail: incadim@mail.ru

Аннотация. В последний период определяется более глубокое изучение проблем дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей. Исследования, проведенные у детей Центральной Якутии, свидетельствуют о высоком уровне распространенности стоматологических заболеваний, а также фенотипических признаков ДСТ в виде готического неба, деформаций и аномалий в зубочелюстной системе. Данная ситуация диктует необходимость проведения дальнейших исследований для совершенствования медико-социальной реабилитации детей с ДСТ и ее профилактики.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, готическое небо, деформации и аномалии в зубочелюстной системе, кариес зубов, болезни пародонта.

BIOMETRIC FEATURES OF DENTALFACIAL SYSTEM IN CHILDREN WITH DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE

Ushnitsky I.D., Nikiforova E.Y., Ammosova A.M.,
Semenov A.D., Cheremkina A.S., Danilova J.Y.
North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov, Yakutsk (Russia)
E-mail: incadim@mail.ru

Abstract. Last years a deeper studying of dysplasia problems of the connective tissue (DCT) in children was defined. The examination of children of the Central Yakutia confirmed the high level of prevalence of dental diseases and al-

so phenotypical signs of DCT in the form of the Gothic palate, deformations and anomalies in dentalfacial system. This situation dictates need of further researches for improvement of medical-social rehabilitation of children with DCT and its prevention.

Keywords: dysplasia of connective tissue, the Gothic palate, deformations and anomalies in dentalfacial system, caries of teeth, diseases of parodontium.

Актуальность. В настоящее время многочисленными исследованиями установлена полифакторность стоматологических заболеваний, при которой оказывают влияние различные факторы внешней и внутренней среды [1, 2, 3, 4, 5]. Но в то же время остаются до конца не решенными проблемы лечения и профилактики патологических процессов органов и тканей полости рта [6, 7]. Известно, что дисплазия соединительной ткани (ДСТ) оказывает негативное влияние на формирование не только зубочелюстной системы, которая проявляется высоким уровнем распространенности зубочелюстных аномалий, кариеса зубов, заболеваний пародонта и височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), но и других органов и систем [8, 9].

Необходимо отметить, что ДСТ в определенной степени проявляется в виде готического неба, что вызывает ряд трудностей в функциональном состоянии зубочелюстной системы. Проведенный информационный поиск свидетельствует об отсутствии некоторых данных по изучению степени выраженности деформации твердого неба и ДСТ. В связи с этим исследования, направленные на изучение изменений в челюстно-лицевой области в зависимости от степени выраженности ДСТ, являются актуальными и будут способствовать совершенствованию организации оказания комплексной стоматологической помощи и реабилитации детей [10].

Цель исследования. На основании комплексного биометрического исследования изменений анатомической формы твердого неба у детей с дисплазией соединительной ткани определить степень ее выраженности.

Материалы и методы исследования. Проводилось комплексное стоматологическое исследование детей школьного возраста, проживающих в Центральной Якутии. Исследование проводилось на базе стоматологического кабинета МОБУ СОШ №31 ГО «г. Якутск». Всего

было исследовано 78 школьников в возрасте от 8 до 17 лет, у которых были сняты анатомические оттиски с верхней и нижней челюстей с применением альгинатных слепочных масс.

Изучение степени выраженности анатомических изменений твердого неба и зубных рядов верхней и нижней челюсти проводили с применением метода Пона, определяли индекс высоты неба по Персину Л.С. (2003). Для этого применялись циркуль, линейка и микрометр. При этом проводили сравнительный анализ зубочелюстных изменений в зависимости от степени выраженности ДСТ у обследованных групп детей школьного возраста.

Анализ фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у детей школьного возраста, проявляющихся в органах и тканях полости рта, проведен по методу Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1985). При этом со стороны органов и тканей полости рта определяли частоту нарушений в зубочелюстной системе, обуславливающих патологию окклюзии (аномалии прикрепления уздечек языка и губ, диастемы, нарушения прикуса, высокое небо, аномалии положения зубов, деформация окклюзионной кривой Spee, сужение и деформация зубных рядов, наклон переднего участка окклюзионной плоскости по отношению к межзрачковой линии, смещение межрезцовых линий верхней и нижней челюстей по отношению к срединной линии лица, патологическая стираемость).

Статистическая обработка клинического материала проводилась с применением стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Конституционально-морфологические дизгенезии, как проявление дисплазии соединительной ткани, в определенной степени оказывают влияние на частоту нарушений в зубочелюстной системе. При этом в их структуре часто выявлялись аномалии прикуса, которые свидетельствуют о высоком уровне распространенности. Так, показатель частоты нарушений прикуса находился в пределах цифровых значений $31,81 \pm 0,84\%$, а в их структуре часто выявлялся мезиальный прикус ($32,67 \pm 1,74\%$). Далее по частоте нарушений в зубочелюстной системе идут сужения и деформации зубных рядов, где показатель находился в пределах цифровых значений $25,01 \pm 2,26\%$.

Тем не менее данные аномалий положения зубов и прикрепления уздечек языка и губ у обследованных детей соответственно составляли $17,42 \pm 3,24$ и $15,90 \pm 3,67\%$.

Анализ полученных результатов по показателям смещения межрезцовых линий верхней и нижней челюстей по отношению к срединной линии лица, патологической стираемости, диастемы и высокого неба характеризует о том, что их данные варьировали в пределах от $2,27 \pm 0,03$ до $6,81 \pm 0,11\%$. Следует отметить, что данные частоты деформаций окклюзионной кривой Spee и наклона переднего участка окклюзионной плоскости по отношению к межзрачковой линии находились на уровне $1,51 \pm 0,02\%$.

Необходимо подчеркнуть, что представленные выше нарушения обуславливают высокий уровень показателя частоты дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, где он находился на уровне $63,36 \pm 0,61\%$.

Анализ полученных результатов свидетельствует о наличии некоторых особенностей в частоте и выраженности патологических процессов твердых тканей зубов деминерализирующего характера. Так, у обследованных возрастных групп детей школьного возраста определяется высокий уровень распространенности кариеса зубов, где среднестатистический показатель составил $91,13 \pm 0,11\%$, а средний показатель интенсивности поражения зубов кариесом по индексу КПУ находился на уровне цифровых значений $8,17 \pm 0,31$. А в ключевой возрастной группе детей 12 лет он составлял $5,78 \pm 0,21$, что интерпретируется как высокий уровень. Синдром ДСТ часто в органах и тканях полости рта проявляется в виде патологических процессов тканей пародонта. Так, распространенность заболеваний пародонта среди обследованных детей составляет $82,59 \pm 0,21\%$. При этом отмечалось поражение тканей пародонта в виде хронического генерализованного катарального гингивита.

В структуре выраженности ДСТ у обследованных детей преобладает 2 степень ($55,12 \pm 1,05\%$), далее идут 1 и 3 степени, где данные соответственно составляли $32,05 \pm 1,59\%$ и $12,83 \pm 2,04\%$. При этом проведенные биометрические измерения гипсовых моделей верхней и нижней челюстей по методу Пона выявили различные сужения верхнего и нижнего зубных рядов. Так, наиболее выраженные изменения зубных рядов от-

мечались у детей с ДСТ 3 степени, где премолярный и молярный индексы были на уровне цифровых значений $33,25 \pm 1,56$ и $42,7 \pm 1,34\%$.

Результаты проведенных измерений свода твердого неба у детей с различными уровнями ДСТ выявили определенные его изменения. Так, у обследованных детей данные индекса высоты готического неба колебались в пределах цифровых значений от $60,5 \pm 0,92$ до $91,8 \pm 0,19$. При этом среднестатистический показатель индекса высоты неба составил $65,1 \pm 0,81$, а оптимальный показатель в среднем составляет 48.

Оценка биометрических исследований челюстей и свода твердого неба у детей с ДСТ характеризует их недоразвитие, что определяет наличие зубочелюстных деформаций и аномалий.

Выводы. Проведенные исследования выявили значительный уровень частоты фенотипических признаков ДСТ с выраженной и умеренной степенью, а также высокий уровень распространенности стоматологических заболеваний и изменений со стороны твердого неба, а также зубочелюстной системы. Обследованные дети нуждаются в медико-психологической консультации и сопровождении, а группа школьников с выявленными маркерами ДСТ в проведении комплексных медико-социальных реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Давыдов, Б.Н. Алгоритм комплексного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей и подростков с хроническим гастродуоденитом // Стоматология. – 2013. – Т.92, №2. — С. 65-68.
2. Зырянов, Б.Н. Особенности течения стоматологических заболеваний у коренного населения Крайнего Севера Тюменской области // Международный полярный год: достижения и перспективы развития циркумполярной медицины : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной III Международному Полярному году. – Архангельск, 2009. – С. 123-127.
3. Зырянов, Б.Н. Особенности лечения стоматологических заболеваний у коренного и пришлого населения Крайнего Севера Тюменской области: методические рекомендации / Б.Н. Зырянов. – Омск, 2010. – 51 с.
4. Куприянов, И.А. Патогенез внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава при дисплазии соединительной ткани: морфология, клиника и лечение // Бюллетень СО РАМН. – 2002. – С. 93-98.

5. Макеева, И.М. Дифференцированный подход к выбору бутилированной питьевой воды с учетом содержания фтора для профилактики кариеса // *Стоматология*. – 2013. – №6. – С. 17-22.

6. Мишутина, О.Л. Диагностика стоматологических проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани у детей и особенности лечения больных стоматологом : метод. реком. для врачей-стоматологов и педиатров. – Смоленск, 2006. – 27 с.

7. Паничева, Е.С. Стоматологический статус, психофизические характеристики и метаболические показатели у детей с дисплазией соединительной ткани : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2012. – 22 с.

8. Петько, В.В. Стоматологическая заболеваемость у детей с дисплазией соединительной ткани в неблагоприятных климатических условиях Севера : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2010. – 21 с.

9. Marya, C.M. Relationship of dental caries at different concentrations of fluoride in endemic areas: an epidemiological study // *J. Clin. Pediatr. Dent.* – 2010. – Vol. 35, №1. – P. 41-45.

10. Steinmetz, J.E. Fluoride content of water used to reconstitute infant formula // *J. Clin. Pediatr. Dent. (Phila)*. – 2011. – Vol.50. – №2. – P.100-105.

* * *

УДК 616.311.2:615.242

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ БИОПРЕПАРАТА «ЯГЕЛЬ» ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ ДЕСНЫ

Черемкина А.С., Ушницкий И.Д., Ахременко Я.А.,
Никифорова Е.Ю., Тарасова Л.А., Прокопьев И.А., Давыдова М.М.
*ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*
E-mail: Cheremkina@bk.ru

Аннотация. Изучены распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у детей и подростков г. Якутска, наиболее часто выявляется высокий уровень хронического катарального гингивита легкой и средней степени тяжести. Также у обследованных групп детей выявлено неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта, что характеризует о

недостаточном уровне санитарной культуры детей и их родителей. Такая ситуация, с другой стороны, диктует необходимость поиска эффективного средства лечения воспалительных процессов краевой десны. С учетом изложенного нами для изучения противомикробной активности выбран био-препарат «Ягель». Проведенная микробиологическая оценка данного средства выявила определенные особенности минимальной ингибирующей и минимальной бактерицидной его концентраций. Так, использование «Ягеля» оказывает подавляющее влияние на количественные и качественные показатели грамположительных, грамотрицательных микроорганизмов, а также грибов рода *Candida*, а в клинической практике он вполне может способствовать обратному развитию гингивитов и, соответственно, сократить сроки лечения и повысить эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий. В связи с этим данное средство в дальнейшем может применяться в комплексной терапии гингивита в качестве альтернативного средства. При этом производство «Ягеля» осуществляется в г. Якутске, что определяет его низкую себестоимость и доступность для широкого круга населения.

Ключевые слова: гингивит, индекс гигиены, стоматологическая помощь, экстракт лишайника, микроорганизмы, минимальная ингибирующая концентрация, минимальная бактерицидная концентрация, антимикробное действие.

THE ANALYSIS AND ASSESSMENT OF ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF "REINDEER LICHEN" IN INFLAMMATORY PROCESSES OF GUM

Cheremkina A.S., Ushnitsky I.D., Akhremenko Ya.A., Nikiforova E.Y.,
Tarasova L.A., Prokopyev I.A., Davydova M. M.

North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov, Yakutsk (Russia)
E-mail: Cheremkina@bk.ru

Abstract. We have studied the prevalence and intensity of diseases of parodontium among children and teenagers of the city of Yakutsk where the high level of chronic catarrhal gingivitis of easy and moderate severity is mostly revealed. Also, the examined groups of children showed the unsatisfactory hygienic condition of the oral cavity that characterized the insufficient level of sanitary culture of children and their parents. Such situation on the other hand dictates a need of search of more effective treatment of inflammatory processes of marginal gum.

Taking it into account we chose antimicrobial medication "Reindeer lichen". The microbiological assessment of this medication has revealed certain features minimum inhibiting and its minimum bactericidal concentration. So, the use of "Reindeer lichen" influences on the quantitative and quality indicators of grampositive, gramnegative microorganisms and also Candida fungi that in clinical practice it can quite promote the return development of gingivitis and respectively, reduce terms of treatment and increase efficiency of the treatment-and-prophylactic events. In this regard this means can be applied further in complex therapy of gingivitis as alternative medication. At the same time "Reindeer lichen" is produced in Yakutsk that defines its low prime cost and availability for a wide range of the population.

Keywords: gingivitis, hygiene index, dental help, lichen extract, microorganisms, minimum inhibiting concentration, minimum bactericidal concentration, antimicrobial action.

Введение. Заболевания пародонта до сих пор остаются актуальной проблемой современной стоматологии, что связано с их высокой распространенностью и до конца нерешенными проблемами лечения и профилактики [4, 7]. Одной из основных причин потери зубов являются болезни пародонта воспалительно-деструктивного и обменно-дистрофического характера [5].

В патогенезе болезней пародонта ведущая роль принадлежит условно-патогенной и патогенной микрофлоре, которая присутствует в микробном налете. Это происходит как следствие плохого гигиенического состояния полости рта [1, 2]. При длительном течении гингивита в поддесневой микрофлоре происходит значительное увеличение количества грамотрицательных палочек, а также анаэробов и сапрофитных микроорганизмов, способствующих выделению экзотоксинов и эндотоксинов, которые активно повреждают клетки, соединительнотканые образования и основное вещество тканей пародонта [3, 6, 8].

С учетом изложенного для проведения оценки противомикробной активности при воспалительных процессах краевой десны нами выбрано средство «Ягель».

Цель исследования. На основании микробиологического анализа «Ягеля» при воспалительном процессе краевой десны определить его минимальную ингибирующую и минимальную бактерицидную концентрацию к микроорганизмам.

Материал и методы исследования. На первом этапе нами было обследовано 1298 учащихся в возрасте от 7 до 17 лет в средних общеобразовательных учреждениях г. Якутска. При определении состояния тканей пародонта основывались на следующих симптомах заболевания – отек десны, гиперемия, кровоточивость. Гигиеническое состояние полости рта оценивали по индексу ИГР-У (1964). Распространенность и количественную выраженность воспалительного процесса тканей пародонта определяли по индексу РМА (Parma, 1960). Далее проводили оценку антимикробного действия «Ягель» при гингивите. Наше исследование проводилось на базе учебно-научной микробиологической лаборатории клиники Медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова». Материал был получен из десневой борозды воспалительного очага при помощи стерильного ватного тампона, который помещался в транспортную среду с углем.

Для подсчета количества микроорганизмов в материале посев производился по способу Мельникова-Царева. Идентификацию выделенных культур осуществляли по морфологическим, тинкториальным и биохимическим свойствам. Чистую культуру накапливали на соответствующей среде в подходящей атмосфере, затем идентифицировали на микробиологическом анализаторе «Vitek-II Compact» с применением карт для идентификации «Vitek 2 GN» (Bio-Merieux).

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

амино-β-полисахаридов при обработке их водой в среде диоксида углерода в состоянии сверхкритической жидкости. Содержит также комплекс веществ антиоксидантного действия: орселиновые, лекноровые, грифоровые, хиастовые кислоты и хиноны; витамин В₁₂, фолиевая кислота; природные антибиотики – усниновые кислоты и их производные.

Результаты и обсуждения. Полученные результаты свидетельствуют о высоком уровне распространенности гингивита у обследованных групп детей. Так, у 7-летних детей данный показатель составлял 41,23±0,63%, а в группе подростков 17 лет – 85,57±0,15%. Следует подчеркнуть, что интенсивность воспалительного процесса по индексу РМА у детей от 7 до 12 лет характеризуется как легкой степени, а от 13 до 17 лет – средней степени тяжести. Но в то же время у 6,43±0,45% выявлялся локализованный хронический пародонтит легкой степени тяжести.

Изучение антимикробного действия «Ягеля» «in vitro» и в клинической стоматологии выявило наличие определенных особенностей. Так, полученные результаты микробиологического исследования свидетельствуют о том, что в минимальной ингибирующей концентрации, принимающей участие в развитии воспалительного процесса краевой десны, концентрация «Ягеля» по отношению к *Candida albicans*10³ и *Candida dubliniensis*10³ составляла 0,07 мг/мл, тогда как в группе *Candida dubliniensis*10⁴ она была больше в 2 раза и находилась в пределах цифровых значений 0,15 мг/мл. Тем временем средняя минимальная ингибирующая концентрация «Ягеля» для грибов рода *Candida* находилась на уровне 0,31 мг/мл.

Следует отметить, что концентрация активности «Ягеля» для рода *Neisseria sicca*10⁷ была равна 0,6 мг/мл, а *Neisseria sicca*10⁶ – 0,31 мг/мл. При этом средняя концентрация, замедляющая рост *Neisseria*, составляла 0,5 мг/мл. Но в то же время при различных уровнях колониеобразующих единиц стрептококков (*Streptococcus oralis* 10⁵, *Streptococcus mutans*10⁶) минимальная ингибирующая концентрация и средний статистический показатель данного средства находился на уровне 0,07 мг/мл.

Необходимо отметить, что выявленные минимальные ингибирующие концентрации «Ягеля» на условно-патогенную микрофлору при гингивите способствовали проведению дальнейших исследований по изучению его минимальной бактерицидной концентрации. При этом были

определено наличие некоторых особенностей, которые характеризуют ее вариабельность. Так, при различных количественных показателях *Candida albicans*10³ и *Candida dubliniensis*10³ минимальная бактерицидная концентрация составляла 0,15 мг/мл, тогда как у *Candida dubliniensis*10⁴ концентрация повышается в 2 раза и находилась в пределах 0,3 мг/мл.

Проведенный анализ и оценка также способствовали определению средней бактерицидной концентрации «Ягеля» для грибов рода *Candida*, который более чем в 2 раза выше, чем МИК, и находится на уровне 0,66 мг/мл.

Следует подчеркнуть, что по отношению грамотрицательных микроорганизмов рода *Neisseria sicca*10⁶ МБК составляла разведение 0,6 мг/мл. Но в то же время в количественных значениях *Neisseria sicca*10⁷ данный показатель повышается в 2 раза и достигает уровня 1,2 мг/мл. При этом средняя бактерицидная концентрация «Ягеля» для рода *Neisseria* находилась в пределах 1 мг/мл. Тем временем по отношению таких грамположительных микроорганизмов *Streptococcus oralis*10⁵ и *Streptococcus mutans*10⁶ МБК была на уровне 0,15мг/мл. Аналогичный показатель также определялся при средней концентрации для рода *Streptococcus*.

Выводы. Впервые проведенное исследование протимикробной активности биопрепарата «Ягель» к условно-патогенной и патогенной микрофлоре при гингивите характеризует его эффективность. В связи с этим он может применяться в клинической стоматологии при оказании лечебно-профилактической помощи у лиц с патологическими процессами тканей пародонта в качестве альтернативного средства. На фоне высокого уровня распространенности гингивита среди различных возрастных групп детей школьного возраста, полученных результатов минимальной ингибирующей концентрации и минимальной бактерицидной концентрации «Ягеля» при практическом применении он будет оказывать позитивное действие в профилактике и лечении воспалительных процессов краевой десны.

Литература

1. Айнваг, Й. Влияние профилактических мер на состояние полости рта подростков 14-16 лет / Й. Айнваг, Р. Хенкель, Б. Дёлер // Кафедра. Стоматологическое образование. – 2008. – №3. – Т.7. – С. 60–61.

2. Вилова, Т.В. Клинические аспекты применения препаратов водорослей для профилактики кариеса и гингивита / Т.В. Вилова, В.П. Зеновский, М.А. Девяткова // *Стоматология*. – 2005. – №2. – С. 10-14.

3. Грудянов, А.И. Количественная оценка микробиоцинозов полости рта при заболеваниях пародонта / А.И. Грудянов, О.А. Зорина, А.А. Кулаков // *Пародонтология*. – 2011. – №2. – Т.16. – С.18-22.

4. Конарева, Н. Применение препарата «Камистад» в комплексном лечении пациентов с катаральным гингивитом / Н. Конорева, Н. Брусенина, Е. Рыбалкина // *Кафедра. Стоматологическое образование*. – 2008. – №4. – Т.7. – С.44-47.

5. Утянская, Е.В. Клинико-физиологические аспекты формирования хронического катарального гингивита у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Утянская. – Архангельск, 2006. – 22 с.

6. Янушевич, О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта / О.О. Янушевич. – Москва : МГМСУ, 2009. – 228 с.

7. Alanen, P. Occurrence of dental decay in children after maternal consumption of xylitol chewing gum, a follow-up from 0 to 5 years of age / P. Alanen, P. Isokangas, K. Pienihakkinen [et al.] // *Journal of Dental Research*. – 2000. – Vol.79. – №11. – P.1885-1889.

8. Ly, K.A. The Potential of dental-protective chewing gum in oral health interventions / K.A. Ly, P. Milgrom, M. Rothen // *J Am Dent Assoc*. – 2008. – May 1. – № 139 (5). – P.553-563.

* * *

УДК 616.315-007.254 (571.56)

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ГУБЫ И НЕБА У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Миронова Л.С.** , Ушницкий И.Д.* , Саввина В.А.** , Егоров Р.И.*

**ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова», г. Якутск (Россия)*

***ГАУ РС (Я) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины», г. Якутск (Россия)*

E-mail: mironovals@bk.ru

Аннотация. Изучены распространенность и структура врожденных расщелин губы и неба у детей, проживающих в Якутии. В структуре преобладают односторонние расщелины верхней губы и неба, а также изолированные расщелины твердого и мягкого неба. У некоторых обследованных детей выявлялись тяжелые формы врожденной мальформации, связанные с синдромами гемифациальной микросомии и Пьера-Робина. При этом у части детей были выявлены рецессивно наследованные формы мальформаций челюстно-лицевой области. Данная ситуация диктует необходимость разработки программы комплексной медико-социальной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы, неба и их профилактики в Республике Саха (Якутия).

Ключевые слова: врожденные расщелины верхней губы и неба, распространенность, частота, синдром Пьера-Робина и гемифациальной микросомии.

FREQUENCY AND STRUCTURE OF CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE AMONG CHILDREN OF THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)

Mironova L.S.***, Ushnitsky I.D.**, Savvina V.A.***, Egorov R.I.*

**North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov, Yakutsk (Russia)*

***Republic hospital №1 – National Centre of Medicine, Yakutsk (Russia)*

E-mail: mironovals@bk.ru

Abstract. Prevalence and structure of congenital cleft lip and palate among the children living in the region Yakutia have been studied. In the structure unilateral clefts of the upper lip and palate and also the isolated clefts of the hard and soft palate are prevailed. Some examined children had severe forms of congenital malformation connected with hemifacial microsomia syndrome and Pierre-Robin's syndrome. At the same time some of children had recessive inherited forms of malformation of maxillofacial area. This situation dictates need of development of the program of complex medical-social rehabilitation of children with congenital cleft lip, palate and their prevention in the Republic of Sakha (Yakutia).

Keywords: congenital clefts of the upper lip and palate, prevalence, frequency, Pierre-Robin's syndrome and hemifacial microsomia.

Введение. В настоящее время врожденные аномалии челюстно-лицевой области являются актуальной проблемой, что связано с их распространенностью и до конца нерешенными проблемами профилактики [2, 3, 10, 11]. По данным ВОЗ, частота рождаемости детей с расщелиной губы и неба в среднем составляет 1:750 новорожденных (по России данный показатель колеблется от 1:1000 до 1:600 в разных регионах), что составляет 20-30 % от всех пороков развития человека и 86 % от пороков развития челюстно-лицевой области [7]. При этом рождаемость детей с данным пороком составляет примерно 86 % аномалий челюстно-лицевой области и 20-30 % всех пороков развития человека [8]. Врожденные мальформации органов и тканей полости рта имеют свои особенности в клинической картине, лечении, предупреждении и их медико-социальной реабилитации [4, 9].

Совершенствование оказания комплексной медицинской помощи у детей с врожденными расщелинами губы и неба всегда базируется на знаниях их эпидемиологических особенностей, которые в регионах варьируют в различных пределах [1, 5, 6]. В связи с этим исследования, направленные на изучение частоты и структуры врожденных аномалий, являются актуальными.

Цель исследования. На основании клинико-эпидемиологического исследования врожденных расщелин губы и/или неба в регионе выявить их частоту и структуру.

Материал и методы исследования. Сбор клинического материала проводился на базе детской челюстно-лицевой хирургии оториноларингологического отделения ГАУ РС (Я) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины». Всего было обследовано 136 детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет за период 2013-2015 годы. Из них 65 мальчиков и 71 девочка. Все дети, которые на базе лечебного учреждения проходили курс медико-социальной реабилитации, были прооперированы по поводу врожденных расщелин верхней губы и неба. При обследовании учитывали пол, возраст, место проживания, диагноз, наследственность, исследования в отделении медико-генетической консультации.

Статическая обработка проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют о наличии некоторых особенностей. Так, распространенность врожденных расщелин верхней губы и/или неба у обследованных детей составляет 1,21 на 1000 детей. При этом, по данным медико-генетической консультации, было выявлено 12 случаев рецессивно наследованных форм мальформаций челюстно-лицевой области.

Следует отметить, что в структуре врожденных расщелин верхней губы/неба самым распространенным является изолированная расщелина твердого и мягкого неба, показатель составил $44,85 \pm 1,23$ % ($n=61$), из них $36,07 \pm 1,07$ % – мальчики ($n=22$), $63,93 \pm 0,60$ % – девочки ($n=39$). Тем временем доля детей со скрытой расщелиной твердого и мягкого неба составляла $8,19 \pm 1,54$ % ($n=5$). Следующая по частоте – врожденная сквозная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, данные которых находились в пределах цифровых значений $30,88 \pm 1,54$ % ($n=42$), из них $52,38 \pm 0,70$ % составляют мальчики ($n=22$), а $47,62 \pm 0,77$ % – девочки ($n=20$). При этом значительно преобладала левосторонняя локализация $66,66 \pm 0,49$ % ($n=28$), правосторонняя – $33,34 \pm 0,99$ % ($n=14$). Кроме того, в структуре расщелин редко выявлялись изолированные расщелины верхней губы и альвеолярного отростка, которые составляли $7,35 \pm 2,06$ % ($n=10$), а изолированные неполные расщелины верхней губы – $2,20 \pm 2,18$ % ($n=3$).

Необходимо подчеркнуть, что среди обследованных детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба выявлялись анатомически сложные аномалии, которые составляли $6,61 \pm 2,08$ % ($n=9$), из них $66,66 \pm 0,35$ % мальчиков ($n=6$), $33,34 \pm 0,71$ % девочек ($n=3$). Структуру данных аномалий составляли двусторонние сквозные расщелины верхней губы и неба, изолированная двусторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка без дефекта неба, а также неполная двусторонняя расщелина верхней губы с изолированной расщелиной твердого и мягкого неба.

Среди обследованных детей у одного мальчика выявлялся синдром Пьера-Робина. В то же время у $3,67 \pm 2,14$ % ($n=5$) был диагностирован синдром гемифациальной микросомии. Данный врожденный порок развития проявлялся в виде поперечной расщелины верхней губы

справа с дополнительным ушным придатком на стороне поражения с гипоплазией правой половины лица. При этом необходимо отметить, что у одного ребенка была диагностирована самая сложная по анатомо-морфологическим и функциональным особенностям аномалия – косая двусторонняя колобома лица, сквозная двусторонняя расщелина губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба с анофтальмией справа. Ребенок был прооперирован, далее предстоит провести ряд реконструктивно-восстановительных пластических операций и пройти комплексную медико-социальную реабилитацию.

Следует подчеркнуть, что территория Якутии представляет огромную площадь, и с учетом этого она условно делится на Центральный, Южный, Северный и Вилюйский регионы. Так, высокий уровень частоты врожденных расщелин верхней губы и/или неба выявлен у детей Центрального региона, где показатель составил $58,08 \pm 0,93\%$, далее идет Вилюйский – $16,91 \pm 1,85\%$, а в Северном и Южном регионах данные соответственно находились в пределах цифровых значений $16,19 \pm 1,86\%$ и $8,82 \pm 2,03\%$.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высоком уровне распространенности врожденных расщелин верхней губы и/или неба, где наиболее часто выявляются изолированные расщелины твердого и мягкого неба и сквозные левосторонние расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. У части обследованных выявлялась врожденная мальформация лица, связанная с синдромами Пьера-Робина, гемифациальной микросомией. Данная ситуация диктует необходимость разработки программы комплексной медико-социальной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы, неба и их профилактики в Республике Саха (Якутия).

Литература

1. Гричанок, Д.А. Современный подход в устранении расщелины альвеолярного отростка у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба / Д.А. Гричанок // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – Москва : МГМСУ, 2006. – С. 54-55.

2. Давыдов, Б.Н. Патогенез деформаций хрящевых и костных структур лица при врожденных пороках, их коррекция на этапах комплексного лечения / Б.Н. Давыдов // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – Москва : МГМСУ, 2006. – С. 68-70.

3. Исаков, Л.О. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы, неба и профилактика их развития в Республике Саха (Якутия) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.О. Исаков. – Иркутск, 2009. – 22 с.

4. Карнаухов, А.Т. Организация специализированной стоматологической помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в условиях областного центра : метод. реком. / А.Т. Карнаухов. – Иркутск, 2001. – 16 с.

5. Нехорошкина, О.М. Анализ структуры и распространенности врожденных расщелин губы и/или неба на территории Краснодарского края за период 1996-2012 гг. / О.М. Нехорошкина // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – №6. – 134-138 с.

6. Симановская, Е.Ю. Врожденные пороки развития лица и челюстей у детей и их профилактика / Е.Ю. Симановская // Профилактика стоматологических заболеваний в Республике Башкортостан : материалы Всерос. симпозиума стоматологов по проблеме «Новые технологии в стоматологии». – Уфа, 2003. – С. 178.

7. Таалайбеков, Н.Т. Статистика рождаемости детей с врожденными пороками развития и использование современных технологий в реабилитации / Н.Т. Таалайбеков, А.М. Ешиев // Молодой ученый. – 2016. – №3. – С. 310-312

8. Чуйкин, С.В. Стоматологическая и соматическая заболеваемость у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области : монография / С.В. Чуйкин, С.Ш. Мурзабаева, Ю.В. Андрианова, Н.А. Давлетшин – Уфа : ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситет РосЗДРАВА», 2006. – 148 с

9. Яковлев, С.В. Обоснование модели территориального центра диспансеризации детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области (на примере врожденных расщелин губы и/или неба по Республике Саха (Якутия) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.В. Яковлев. – Москва, 2000. – 22 с.

10. Canice E. Crerand, Ph.D., Janine Rosenberg, Ph.D., Leanne Magee. Parent-Reported Family Functioning Among Children With Cleft Lip/Palate. The Cleft Palate–Craniofacial Journal 52(6) pp. 651–659 November 2015 Copyright 2015 American Cleft Palate–Craniofacial Association.

11. Sima Tavakolinejad, Alireza Ebrahimzadeh Bidskan, Hami Ashraf. A Glance at Methods for Cleft Palate Repair. Iran Red Crescent Med J. 2014 Sep; 16(9).

ВЛИЯНИЕ БЕЗАЛКОГОЛЬНОГО ГАЗИРОВАННОГО НАПИТКА НА СОСТОЯНИЕ pH БАЛАНСА ПОЛОСТИ РТА

Антонова А.А., Гермаш В.И., Юрасова Т.И.
ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет»,
г. Хабаровск (Россия)
E-mail: urasovaea@yandex.ru

Аннотация. В работе описано изменение кислотно-основного состояния полости рта при употреблении фаст-фуда на основании проведенного анкетирования учащихся старших классов. Проведено изучение в динамике показателей pH слюны после употребления безалкогольного газированного напитка «Кока-кола». Результаты исследования могут быть использованы в качестве рекомендаций для профилактики изменений кислотно-основного состояния полости рта.

Ключевые слова: pH-метрия, слюна, фаст-фуд, кариес.

THE INFLUENCE OF NON-ALCOHOLIC (SOFT) FIZZY DRINK ON THE pH – BALANCE OF ORAL CAVITY

Antonova A.A., Germash V.I., Yurasova, T.I.
Far Eastern Medical State University, Khabarovsk (Russia)

Abstract. This research work (article) contains information about the changes in acid-base balance of the oral cavity when high school students consume fast food. Data are obtained owing to the questioning of the high school students. The study was carried in dynamics of indicators pH - human saliva after drinking of non-alcoholic fizzy drink (COCA-COLA). The results of research work can be used as recommendations to prevent changes in acid-base status of the oral cavity.

Key words: pH-metry, the human saliva, fast food, caries.

Актуальность. Болезни зубов – это маркер неправильного питания и некачественного ухода за полостью рта [1, 3]. Питание существенно влияет на нормальный состав микрофлоры полости рта. Сахар из «быстрых» углеводов способствует размножению вредных бактерий и

формированию зубного налета на зубах. Расплата за злоупотребление быстрыми углеводами – не только испорченная фигура, а еще и кариес, пародонтит, несвежее дыхание и другие проблемы полости рта. Важным и наименее постоянным параметром гомеостаза полости рта является кислотно-щелочное равновесие. Наиболее информативным его показателем является водородный показатель. Интегральным показателем кислотного гомеостаза в полости рта является рН слюны [2, 4]. По данным современных исследований, связь между неудовлетворительным состоянием полости рта и повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний объясняется большим количеством сахара, который содержится в фаст-фуде, в частности в газированных напитках. Снижение содержания сахара в продуктах быстрого питания, эксперты считают ключевой задачей в политике здравоохранения [4].

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

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в одной из школ г. Хабаровска. Всего было обследовано 44 учащихся 10-х классов. При этом средний возраст составлял $15,8 \pm 0,5$ лет. Социологическое исследование включало проведение анонимного анкетирования учащихся. Динамическая оценка состояния рН баланса ротовой жидкости у обследованных проводилась с применением индикаторных бумажек (ООО «Лабораторный мир», г. Тюмень) со шкалой измерения от 0 до 12 и шагом 1,0.

Статистическая обработка клинического материала проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют о том, что каждый второй ученик (24 (54,5%) чел.) употребляет быстрые углеводы (конфеты, пирожные, сладкие булки) каждый день, 7 (15,9%) человек отметили этот факт 4-5 раз в неделю, каждый четвертый (10 (22,7%) чел.) учащийся ест сладкое 2-3 раза в неделю. При этом 3 (6,8%) человека указали, что не употребляют сладкое в своем рационе. Тогда как большее число опрошенных отдают предпочтение именно шоколадным конфетам (23 (52,3%) чел.), «твердые» конфеты (карамель (чупа-чупс), ириски, с орехами) употребляют 18 (15,9%) учащихся.

Больше половины учащихся (26 (59%) чел.) регулярно употребляют сладкие напитки («Кока-кола», «Спрайт»), из них 73% (19 чел.) пьют их 3 и более раз в неделю. При этом у них всех (100%) возникает чувство «стянутости» во рту после употребления этих сладких газированных напитков. Аналогично эти же опрошенные (19 чел.) регулярно употребляют в пищу фаст-фуд (гамбургер, самса, картошка фри).

Большинство (88,6%) из опрошенных учеников подтвердили, что употребление является «необходимостью» и входит у них в привычку, формируют некую зависимость. В то же время 29 (65,9%) учащихся подтвердили тот факт, что у них возникает чувство «прилипания» еды на зубы во время приема пищи (в том числе фаст-фуд). А 24 (54,5%) опрошенных ответили, что у них возникает постоянное желание убрать с зубов остатки пищи после еды.

При сдвиге кислотно-основного состояния в щелочную сторону в ротовой жидкости увеличивается содержание фосфатов, образуются труднорастворимые соединения фосфата кальция $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$, что способствует образованию кристаллов и зубного камня, а в дальнейшем приводит к развитию гингивита и пародонтита [1]. У 19 (43,2%) человек иногда бывают повреждения (язвочки) на деснах. А у 7 (15,9%) – встречается кровь на зубной щетке. Тем временем 17 (38,6%) учащихся отметили, что у них есть «плохие» зубы: один зуб – у 5 (11,4%) человек, два зуба – у 9 (20,5%) человек, остальные имеют более 3 «больных» зубов.

В том, что необходимо регулярно (один раз в 6 месяцев) проходить профилактический осмотр у врача-стоматолога, уверены 38 (13,7%) школьников, однако один человек считает, что к врачу надо обращаться только в случае, если зуб заболел. На практике последний визит к стоматологу был в течение последнего полугодия у 32 (72,7%) школьников, у 4 (9%) – более года назад. Каждый пятый ученик (8 (18,2%)) не помнит эту дату вообще. Поэтому большинство (65,9%) школьников ответили, что не нуждаются в консультации врача-стоматолога в настоящий момент.

После приема пищи в полости рта происходит быстрое снижение рН в зубном налёте (через 2-5 мин), часто до уровня, при котором происходит деминерализация эмали (ниже 4,5), с последующим медленным возвращением рН к исходному уровню (через 30 мин). А у паци-

ентов с активным течением кариеса или высокой к нему предрасположенностью наблюдается более медленное восстановление рН до исходного уровня. Значение рН слюны, равное 6,2, называют критическим в плане кариесобразования [3].

Нами было проведено исследование состояния рН слюны после употребления безалкогольного газированного напитка «Кока-кола».

Согласно полученным данным, средний уровень рН составил 7,1, что соответствует варианту нормы (6,8-7,4). Однако показатель рН ниже нормы (6,8-7,4) был определен у 5 (15,6%) человек, что косвенно может свидетельствовать о наличии у них исходного повреждения зубной эмали (в том числе кариеса). При определении уровня рН через 30 минут от исходного измерения средний показатель составил 6,06. При этом только у 8 (15%) учащихся уровень рН был равен 7, а у 24 (75%) учащихся показатель рН был в диапазоне от 5 до 6. Это совпадает с данными анонимного анкетирования, где было выявлено, что 17 (38,6%) учащихся из 44 (100%) отметили, что у них есть «плохие» зубы (кариес).

Заключение. На сегодняшний день «Кока-кола» – атрибут молодежи. Именно на подростков делают ставку производители и рекламодатели. А подростки, как правило, не любят выделяться из своей среды. Им комфортнее быть как все. О последствиях в таком возрасте, к сожалению, не задумываются... Взрослое население потребляет «Кока-колу» нечасто, понимая, что напиток безвреден, а на рекламу почти не реагирует. Однако школьники задумываются о своём здоровье гораздо меньше, и многие из них считают софтверинки почти полезными.

Конечно, целью нашей работы не было убедить учащихся не употреблять продукцию компании «Кока-кола». Мы попытались доказать, что напиток не безвреден, поэтому необходимо ограничивать его потребление и использовать не как чай или компот, а как напиток к столу.

Каждый из нас решает для себя сам, что для него важнее – собственное здоровье или желание быть как все, доверяя красивой, притягательной рекламе.

Литература

1. Вавилова, Т. П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта : учебное пособие / Т. П. Вавилова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.

2. Кубрушко, Т.В. Кислотно-основное равновесие полости рта при нарушении целостности зубного ряда / Т.В. Курбушко, В.Н. Игнатенко, С.С. Сало // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 5. – С. 35-36.

3. Луцкая, И.К. Диагностический справочник стоматолога / И.К. Луцкая. – Москва : Медицинская литература, 2007. – 361 с.

4. Мартынова, Е.А. Полость рта как локальная экологическая система / Е.А. Мартынова, И.М. Макеева, Е.В. Рожнова // Стоматология. – 2008. – Т. 87. – № 3. – С. 68-75.

* * *

УДК 616.314-089.23

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЕЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ ДО И ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Арсенина О.И., Пиксайкина К.Г., Попова А.В.,
Попова Н.В., Перфильев С.А., Чистякова В.Р.

*ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии» МЗ РФ, г. Москва (Россия)*

E-mail: pixaikinaksu@mail.ru

Аннотация. Проведено комплексное обследование и ортодонтическое лечение 40 детей с зубочелюстными аномалиями и гипертрофией носоглоточной миндалины в возрасте от 7 до 9 лет. Проанализированы линейные параметры конусно-лучевой компьютерной томографии и телерентгенографии в боковой проекции. Выявлены изменения, подтверждающие, что гипертрофия носоглоточной миндалины приводит к патологии зубочелюстной системы. В ходе лечения выявлены эффективность гнатотренинга и комбинированного использования механически действующих аппаратов и эластопозиционера-корректора для лечения аномалий зубных рядов и формирования физиологической окклюзии в процессе прорезывания постоянных зубов.

Ключевые слова: гипертрофия носоглоточной миндалины, конусно-лучевая компьютерная томография, телерентгенография в боковой проекции, гнатотренинг, эластопозиционер-корректор, функциональные аппараты.

MORPHOFUNCTIONAL CHARACTERISTIC OF THE DENTAL SYSTEM IN PATIENTS WITH HYPERTROPHY OF NASOPHARYNGEAL TONSIL BEFORE AND AFTER ORTHODONTIC TREATMENT

Arsenina O.I., Piksaikina K.G., Popova A.V.,
Popova N.V., Perfiliev S.A., Chistykh V.R.

*Central Research Institute of Stomatology and Maxillofacial Surgery,
Moscow (Russia)*

E-mail: pixaikinaksu@mail.ru

Abstract. On the basis of FGBU CNIIS and Maxillofacial Surgery conducted a comprehensive survey and orthodontic treatment of 40 children with dentoalveolar anomalies and nasopharyngeal tonsil hypertrophy aged 7-9 years. The linear parameters CBCT and TWH in the lateral projection have been analyzed. The changes, indicating that the presence of nasopharyngeal tonsil hypertrophy, leading to pathology in the dental system have been revealed. During treatment muscle training efficiency and combined use of functional operated devices and elasto-positioner-corrector for the treatment of dentition anomalies and the formation of physiological occlusion in the process of dentition has been revealed.

Keywords: nasopharyngeal tonsil hypertrophy, CBCT, TRH in the lateral projection, muscle training, functional devices, elasto-positioner-corrector.

Своевременная диагностика, профилактика и лечение морфофункциональных нарушений зубочелюстной системы у детей в период раннего сменного прикуса из-за высокой их распространенности – одна из актуальных проблем ортодонтии. По данным отечественной и зарубежной литературы, частота выявления зубочелюстных аномалий у детей составляет 40-89%. На фоне физиологической слабости мышц ротовой области в возрасте 4-9 лет, неполного формирования челюстного рефлекса из-за продолжающегося прорезывания моляров одной из причин морфофункциональных изменений в зубочелюстной системе может являться гипертрофия носоглоточной миндалины как составной части увеличивающегося в объеме лимфоглоточного кольца [5, 7, 15]. Согласно теории функциональной матрицы М. Л. Moss и L. Salentijn (1969) [14], объем костной массы челюстей определяется генетически, но их форма подвержена влиянию факторов внешней среды, регулируется воздействием мягких тканей и условиями циркуляции воздуха в

воздухоносных путях в соответствии с функциональными потребностями организма. Отсутствие полноценного носового дыхания ведет к недоразвитию верхней челюсти [1, 3, 8]. Телерентгенография (ТРГ) головы в боковой проекции и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) позволяют не только оценить состояние лицевого скелета, но и визуализировать гипертрофию носоглоточных миндалин, сопоставить линейные размеры просвета носо- и ротоглотки до и после ортодонтического лечения [4, 6, 9, 10, 11, 12].

Целью исследования было оценить изменения просвета носо- и ротоглотки у пациентов с гипертрофией носоглоточных миндалин до и после ортодонтического лечения.

Материал и методы. На базе ортодонтического отделения поликлиники Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии проведены комплексное обследование и ортодонтическое лечение 40 детей (18 мальчиков и 22 девочки) с зубочелюстными аномалиями и гипертрофией носоглоточной миндалины в период смены зубов в возрасте 7-9 лет. Обследование включало в себя клинические методы (опрос и осмотр полости рта), биометрические методы (измерение гипсовых моделей челюстей), а также ТРГ в боковой проекции, КЛКТ и ринопневмометрию – измерение проходимости носовых ходов [2].

ТРГ проводилась до и после ортодонтического лечения на ортопантомографе «Orthophos XG,XG Plus/Ceph» при стандартном положении головы в цефалостате, т.е. вертикально без компенсаторного прогиба в шейном отделе, что обеспечивало истинную картину расположения нижней челюсти (нч) и языка. Ширину просвета (переднезадний размер) дыхательных путей оценивали по ширине просвета носо- и ротоглотки в верхнем и нижнем ее отделах методом Mac Namara (1983) [13]. Ширина просвета верхнего фарингеального (UP) пространства, определяется от наиболее задней точки на поверхности мягкого неба до ближайшей точки задней стенки глотки. За норму было принято расстояние 15-20 мм. Ширина нижнего фарингеального (LP) пространства измерялась от точки пересечения задней границы языка и края нч до ближайшей точки на задней стенке глотки (рис.1). Норма составляла 11-14 мм в возрасте от 7 до 9 лет.

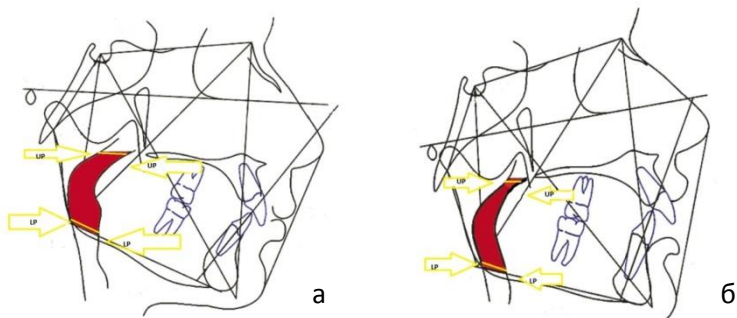


Рис. 1. ТРГ: а - нормальный переднезадний размер дыхательных путей;
 б - уменьшенный; UP - верхнее фарингеальное пространство;
 LP - нижнее фарингеальное пространство

КЛКТ-исследование осуществлялось на конусно-лучевом томографе «New Tom 3G» («Q&R», Италия) до и после ортодонтического лечения. Измеряли параметры носоглотки, оценивали степень гипертрофии носоглоточных миндалин. Визуализацию трехмерного изображения выполняли с помощью программы «Amiga». После реконструкции изображений с толщиной среза 0,4 мм формировались реформированные изображения в аксиальной и сагитальной проекциях (рис.2). Определение переднезаднего размера ротоглотки проводилось на срединно-сагитальном срезе.

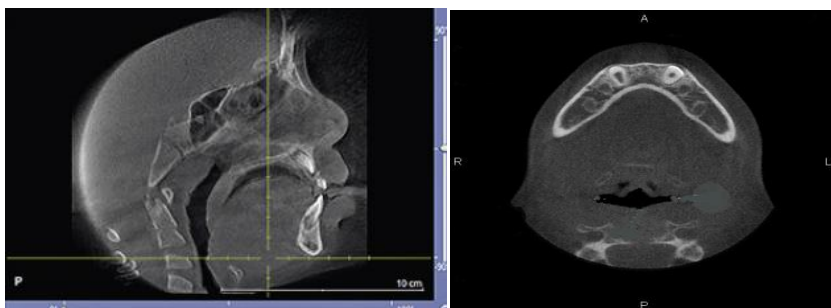


Рис. 2. КЛКТ; а – срединно-сагитальный верхний и нижний ротоглоточные размеры; б – аксиальный срез, определение переднезаднего и трансверсального размеров ротоглотки

Было проведено ортодонтическое лечение 40 детей. Были сформированы 2 группы. У 20 пациентов (1-я группа) выявлена гипертрофия носоглоточной миндалины II и III степени (по классификации оториноларингологов проф. М.Р. Богомольского, проф. В.Р. Чистяковой, 2012), у 20 пациентов (2-я группа) – гипертрофия носоглоточной миндалины I степени.

У детей 1-й группы при лечении использовались съемные механически действующие аппараты (у 17 пациентов) и несъемные аппараты (у 3). У всех детей этой группы дополнительно использовали также эластопозиционер-корректор для проведения миогимнастики, нормализации положения нч, смыкания губ (тренировка круговой мышцы рта) и тренировки носового дыхания (дыхательные упражнения) [15].

Во 2-й группе применяли: у 10 пациентов – эластопозиционер-корректор, у 10 – сочетание съемных механически действующих аппаратов и эластопозиционера-корректора.

Все пациенты находились на лечении у оториноларинголога под его динамическим наблюдением, всем был назначен комплекс дыхательных упражнений и миогимнастики.

Результаты и обсуждения. До начала ортодонтического лечения, по данным ТРГ, у пациентов с зубочелюстными аномалиями размеры нижнего фарингеального пространства превышали размеры верхнего в среднем на 2,1-2,2 мм (одинаково у мальчиков и девочек). Уменьшение размеров UP по сравнению с LP свидетельствовало о затрудненном носовом дыхании, т.е. о формировании у детей смешанного или ротового типа дыхания.

На ТРГ детей после ортодонтического лечения наблюдалось достоверное увеличение (рис.3) проходимости верхних и нижних фарингеальных воздушных путей (табл.1: F – условный коэффициент, соотношение UP к LP). Через 2 года ортодонтического лечения коэффициент F у девочек был равен 1,15, у мальчиков – 1,13.

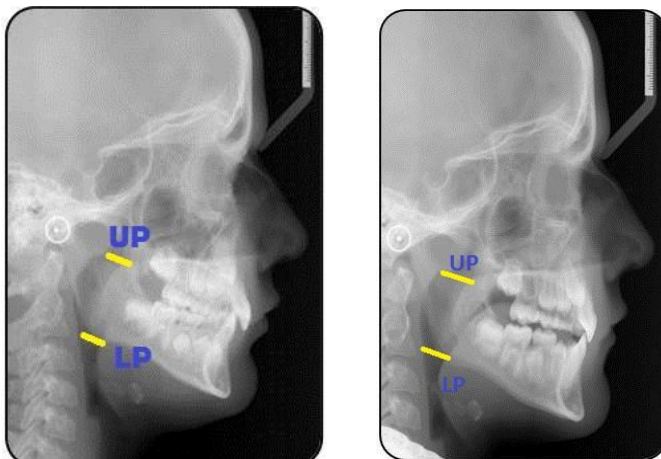


Рис. 3. Пациентка К., 9 лет; история болезни № 0047118; нижняя ретрогнатия; дистальная окклюзия; глубокая резцовая окклюзия; скученность зубов; ТРГ в боковой проекции: а - до ортодонтического лечения: UP и LP; б – после лечения: UP и LP

Таблица 1

Изменение размеров ротоглотки по данным ТРГ в процессе лечения (M±m)

Значения	До лечения		После лечения		p
	девочки	мальчики	девочки	мальчики	
UP	5,7±0,85	7,1±0,70	13,5±1,1	14,2±0,92	≤0,01
LP	8,0±7,9	8,5±0,65	12,5±0,93	13,2±0,82	≤0,01
F	0,72	0,74	1,15	1,13	≤0,01

Для анализа КЛКТ также использовали распределение по группам, предложенное выше. По результатам оценки переднезадних линейных размеров ротоглотки до лечения выявлены их сниженные значения у детей 1-й группы в отличие от детей 2-й группы (табл.2), что свидетельствовало о значительном сужении просвета ротоглотки в сагитальном и трансверсальном направлениях в области UP и LP. Линейные переднезадние параметры ротоглотки у пациентов обеих групп по данным КЛКТ после лечения приведены в таблице 3.

Таблица 2

Линейные переднезадние параметры ротоглотки у пациентов обеих групп по данным КЛКТ до лечения

Значения, мм	1-я группа; n=20	2-я группа; n=20	F		p
			девочки	мальчики	
UP	7,30±1,52	13,37±1,70	0,72	0,74	≤0,05
LP	11,0±2,0	7,23±0,95	0,72	0,74	≤0,01
UP	15,60±2,33	22,23±0,76	0,72	0,74	≤0,05
LP	23,58±2,40	23,80±1,29	0,72	0,74	≤0,01

Таблица 3

Линейные переднезадние параметры ротоглотки у пациентов обеих групп по данным КЛКТ после лечения

Значения, мм	1 - я группа; n=20	2 –я группа; n=20	F		p
			девочки	мальчики	
UP	14,00±1,52	14,37±1,70	1,15	1,13	≤0,05
LP	10,00±2,0	7,30±0,95	1,15	1,13	≤0,01
UP	18,80±2,33	24,23±0,76	1,15	1,13	≤0,05
LP	23,68±2,40	23,80±1,29	1,15	1,13	≤0,01

Заключение. Анализ КЛКТ и ТРГ в боковой проекции позволил сделать вывод, что аденоидные разрастания способствуют изменению нормальных скелетотопических ориентиров. При этом у детей происходит сужение просвета носоглотки, вследствие чего меняется тип дыхания, а в процессе роста ребенка это приводит к изменениям в зубочелюстной системе. Ортодонтическое лечение способствовало выдвиганию нч и восстановлению нормального носового дыхания. В ходе лечения выявлены эффективность миогимнастики и дыхательных упражнений, разработанных совместно с оториноларингологами, с комбинированным использованием механически действующих аппаратов и эластопозиционера-корректора для лечения аномалий зубных рядов и формирования физиологической окклюзии в процессе прорезывания постоянных зубов.

Литература

1. Арсенина, О.И. Клинико-рентгенологический анализ отдаленных результатов интенсивного расширения верхней зубоальвеолярной дуги / О.И. Арсенина, Н.А. Рабухина, Н.З. Хубулава [и др.] // Стоматология–2005 : мат-лы 7-го Рос. науч. форума. – Москва, 2005. – С. 97-98.
2. Арсенина, О.И. Влияние ротового типа дыхания на выраженность морфофункциональных изменений зубочелюстной системы у пациентов с ЛОР-патологией / О.И. Арсенина, К.Г. Пиксайкина, А.В. Попова [и др.] // Стоматология. – 2014. – №6. – С.68-73.
3. Богомольский, М.Р. Аденоиды // Вестник оториноларингологии. – 2013. – №3. – С.61-64.
4. Буковская, Ю.В. Диагностика одонтогенных форм верхнечелюстного синусита методом спиральной компьютерной томографии с использованием дентальной программы / Ю.В. Буковская, М.В. Серых, Н.К. Витько // Радиология и практика. – 2011. – №6 – С.17-25.
5. Проффит, У.Р. Современная ортодонтия / пер. с англ.: под ред. чл.-кор. РАМН, проф. Л.С. Персина. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. –116 с.
6. Рабухина, Н.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области / Н.А. Рабухина, Г.И. Голубева, С.А. Перфильев. – Москва : Медипресс-информ, 2006. – 126 с.
7. Сатыго, Е.А. Влияние дисфункций мягких тканей на формирование зубочелюстной системы у детей. Возможности ранней коррекции с применением стандартной миофункциональной аппаратуры / Е.А. Сатыго. – Москва : Валлекс М, 2004. – 32 с.
8. Царькова, О.А. Изменение профиля лица у детей с нарушенным носовым дыханием в процессе ортодонтического лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Царькова. – Пермь, 2006. – 32 с.
9. Grauer, D. Pharyngeal airway volume and shape from cone-beam computed tomography: relationship to facial morphology / D. Grauer, Lucia S.H. Cevidanes // American Journal of orthodontics and Dentofacial orthopedics Vol.136 №6.2009. – P.805-814.
10. Iwasaki, T. Oropharyngeal airway children with Class III malocclusion evaluated by cone-beam computed tomography / T. Iwasaki, H. Hayasaki // American Journal of orthodontics and Dentofacial orthopedics. – 2009. – Vol.136. – №3. – P.318e1–318e9.
11. Iwasaki, T. Improvement of nasal airway ventilation after rapid maxillary expansion evaluated with computational fluid dynamics / T. Iwasaki, I. Saitoh. // American Journal of orthodontics and Dentofacial orthopedics. – 2012. – Vol.141. – №3. – P.269-278.

12. Iwasaki, T. Tongue posture improvement and pharyngeal airway enlargement as secondary effects of rapid maxillary expansion: A cone-beam computed tomography study / T. Iwasaki, I. Saiton, Yo. Takemoto // American Journal of orthodontics and Dentofacial orthopedics. – 2013. – Vol.143. – №2. – P.235-245.

13. Macnamara, J.A. Crainiofacial Growth Series. Center of Human Growth and Development. Ann Arbor. Eds. Monograph 14 / J.A. Macnamara, K. Ribbens, R.P. Howe. – Michigan, 1983. – 473 p.

14. Moss, M. L. The capsular matrix / M. L. Moss, L. Salentijn // Am. J. Orthod. – 1969. – Vol.56. – № 5. – P. 474-490.

15. Svanborg, E. Important to investigate nocturnal respiratory obstruction in children. Obstructive respiratory disorders can result in deformed facial skeleton and bite / E. Svanborg // Lakartidningen. – 2006. – Vol.103. – №30. – P. 2215-2216.

* * *

УДК 616.311-007-053.4-084:374.73

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СРЕДИ РОДИТЕЛЕЙ КАК ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ

Кадукова Ю.В.

*ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский
университет», г. Хабаровск (Россия)*

E-mail: unistom@mail.fesmu.ru

Аннотация. В работе проанализирована распространенность ЗЧА и вредных привычек у детей. Определен уровень знаний родителей о норме и патологии ЗЧС и влиянии вредных привычек на развитие патологии. Разработаны рекомендации для родителей в виде информационных буклетов о вредных привычках, способствующих развитию ЗЧА.

Ключевые слова: вредные привычки, зубочелюстные аномалии, профилактические рекомендации.

PREVENTIVE HEALTH WORK AMONG PARENTS AS PREVENTION OF DENTOALVEOLAR ANOMALIES AMONG CHILDREN

Kadukova Y.V

Far East State Medical University, Khabarovsk (Russia)

E-mail: unistom@mail.fesmu.ru

Annotation. The prevalence of dentoalveolar anomalies and bad habits in children have been analyzed in this work. The level of parents' knowledge about health and diseases of dentoalveolar anomalies and influence of bad habits on the disease evolution has been determined. Recommendations for parents in the form of information booklets about the bad habits that promote dentoalveolar anomalies have been elaborated.

Keywords: bad habits, dentoalveolar anomalies, preventive recommendations.

Введение. За последние пятнадцать лет количество зубочелюстных аномалий и деформаций среди детского населения значительно увеличилось [4, 5].

Взаимодействие врача-ортодонта, родителей и педагогов в детских дошкольных учреждениях позволяет выявлять и корректировать зубочелюстные и миофункциональные аномалии в самом раннем возрасте [1, 6]. Отсюда возникает необходимость тесного взаимодействия с родителями ребенка. Родители являются теми первыми «специалистами», которые должны распознать вредную привычку и обратиться к нужному специалисту. При выявлении подобных отклонений очень важно разъяснить родителям комплексную первопричину нарушений и своевременно поставить ребенку правильный диагноз, для чего может потребоваться консультация врача-ортодонта, хирурга-стоматолога и отоларинголога, невролога, ортопеда, остеопата, психолога [2, 3].

Цель исследования. Разработать рекомендации для родителей с целью санитарно-просветительской работы, как профилактики ЗЧА у детей дошкольного возраста на территории Хабаровского края.

Задачи исследования. Проанализировать распространенность ЗЧА и наличие вредных привычек у детей 4-7 лет на территории Хабаровского края; выявить наличие вредных привычек, приводящих к ЗЧА от детей 4-7 лет; определить уровень знаний родителей Хабаровского края о зависимости от вредных привычек у детей и формирования ЗЧА; предложить основные рекомендации для родителей в виде информационного буклета.

Материалы и методы исследования. Проведено стоматологическое обследование 265 детей в возрасте 4-7 лет в детских садах комбинированного типа и стоматологических поликлиниках на территории Хабаровского края. Проанкетировано 125 родителей. Полученные результаты обрабатывались статистическим методом.

Результаты исследования. Хабаровский край имеет среднестатистические показатели по распространенности ЗЧА (72%) и вредных привычек (73,4%). Надо отметить высокую распространенность инфантильного типа глотания (67%). Уровень знаний родителей Хабаровского края о зависимости вредных привычек у детей и формирования ЗЧА, роста и строения ЗЧС оценивался с помощью анкетирования с определенным набором вопросов. Так, на вопрос «Что такое инфантильный тип глотания?» лишь 3% дали утвердительный ответ. На вопрос «Влияет ли ротовое дыхание на формирование ЗЧС?» только 25% респондентов ответили утвердительно.

Закключение. У детей 4-7 лет выявлена высокая распространенность ЗЧА и вредных привычек. Полученные результаты указывают на прямое участие вредных привычек в развитии зубочелюстных аномалий. У детей с вредными привычками и зубочелюстными аномалиями выявлены диспропорции профиля лица и зубных рядов в соответствии с аномалией окклюзии и наличием патологических привычных действий. Корреляционный анализ полученных данных выявил среднюю положительную взаимосвязь между вредными привычками и развитием зубочелюстных аномалий. Все это диктует необходимость профилактических мероприятий у детей в период сменного прикуса. Именно в этом возрасте устранение причинных факторов нормализации сменного прикуса не требует сложных устройств, что позволит увеличить охват детского населения необходимой ортодонтической помощью. Анкетирование же родителей отразило очень низкий уровень знаний о норме и патологии в строении артикуляционного аппарата и о влиянии вредных привычек на ЗЧС роли ребенка. К сожалению, отметим также очень низкий уровень мотивации и информированности родителей о разделе «Ортодонтия» в детской стоматологии и вообще дезинформированности о стоматологическом здоровье и стоматологической помощи. Нами были разработаны специальные информационные буклеты для родителей с целью санитарно-просветительской работы как профилактики ЗЧА у детей дошкольного возраста на территории Хабаровского края «Вредные привычки, способствующие нарушению развития зубочелюстной системы» выданы удостоверения на рационализаторское предложение №2752 от 31 января 2014 года. В буклетах изложены самые распространенные вредные привычки у детей, которые способствуют формированию патологии ЗЧС.

Литература

1. Аболмасов, Н.Г. Ортодонтия / Н.Г. Аболмасов. – Москва : МЕД-пресс-информ, 2008. – 11 с.
2. Антонова, А.А. Стоматологическая заболеваемость детей Хабаровского края и разработка региональной программы профилактики : автореф. дис. ...канд. мед. наук / А.А. Антонова. – Омск, 1997. – 23 с.
3. Коррекция речи у детей: взгляд ортодонта / Под ред. Я.В. Костиной, В.М. Чапала. – Москва : ТЦ Сфера, 2008. – 60с.
4. Осетрова, Т.С. Повышение эффективности организации стоматологической помощи детям с зубочелюстными аномалиями : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.С. Осетрова. – Хабаровск, 2009. – 19 с.
5. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, многофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф.Я. Хорошилкина. – Москва : МИА, 2006. – 544 с.
6. Proffit, W.R. Mechanical principles in orthodontic force control / W.R. Proffit, H.W. Fields // Contemporary orthodontics. – 2000. – Vol.52. – №14. – P.1223-1227.

* * *

УДК 616.314-089.23

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛАСТОПОЗИЦИОНЕРА-КОРРЕКТОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС

Арсенина О.И., Попова Н.В., Попова А.В., Комарова А.В.
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии» МЗ РФ, г. Москва (Россия)
E-mail: romaska-7@mail.ru

Аннотация. Был проведен анализ результатов функциональных исследований у пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС до и после использования эластопозиционера-корректора. В результате исследования были выявлены существенные функциональные нарушения жевательных мышц, которые корректировались после применения эластопозиционера-корректора: отмечалась тенденция к снижению активности жевательных и височных мышц,

особенно в состоянии покоя; нормализация коэффициента координационных соотношений одноименных мышц правой и левой сторон; увеличение количества множественных контактов зубов-антагонистов при сжатии зубных рядов, более равномерно распределенных по всей зубной дуге.

Ключевые слова: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, корректор, функциональные изменения.

THE RESULTS OF THE APPLICATION OF ELASTOPOSITIONER-CORRECTOR IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH MUSCULO-ARTICULAR DYSFUNCTION OF THE TMJD

Arsenina O.I., Popova N.V., Popova A.V., Komarova A.V.
*Central Research Institute of Stomatology and Maxillofacial Surgery,
Moscow (Russia)*
E-mail: romaska-7@mail.ru

Abstract. The analysis of the functional studies results in patients with muscular-articular dysfunction of the TMJD before and after use of elastopositioner-corrector has been done. The study has also revealed substantial functional disorders of the masticatory muscles, which were corrected after the use of elastopositioner-corrector: a tendency to decreased activity of masticatory and temporal muscles, especially at rest has been observed; the normalization factor of the coordination ratios of the homonymous muscles of the right and left sides; the increase in the number of multiple contacts of opposing teeth during compression of the dental arch was more evenly distributed throughout the dental arch.

Keywords: dysfunction of the temporomandibular joint, corrector, functional changes.

Введение. Значимыми вопросами в современной стоматологии являются своевременная диагностика и лечение патологии височно-нижнечелюстного сустава. Частота поражения височно-нижнечелюстного сустава у взрослого населения составляет от 14 до 89% [1, 6]. По разнящимся данным литературы, 76-89% населения имеют симптомы и признаки нарушений в ВНЧС [3, 5].

Изучению причинных факторов, патофизиологических механизмов, диагностике и лечению мышечно-суставной дисфункции ВНЧС посвяще-

но много публикаций в отечественной и зарубежной литературе. Распространенным методом лечения дисфункции жевательной системы остаются окклюзионные шины, которые применяются для восстановления окклюзионной высоты, центрического положения головок нижней челюсти в суставной ямке с учетом результатов функционального анализа для каждого пациента [2, 4, 5]. Между тем выдвигаются различные гипотезы, объясняющие их действие, но научных доказательств недостаточно.

Таким образом, сегодня все еще являются актуальными вопросы исследования патогенетических механизмов развития дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, повышение качества ее ранней диагностики, а также осуществление дифференциальной целенаправленной ортодонтической коррекции выявленных нарушений и предупреждение развития осложнений у пациентов с дисфункцией ВНЧС.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС с использованием эластопозиционера-корректора.

Материал и методы исследования. На первичной консультации было обследовано 132 пациента с дисфункцией ВНЧС, с различными видами окклюзии зубных рядов в возрасте от 18 до 50 лет. Дальнейшее комплексное обследование до лечения, через 6 и 12 мес. лечения с помощью эластопозиционера-корректора продолжило 50 человек. Пациентам был проведен комплекс методов объективной оценки, включающий в себя: клиническое обследование; рентгенологическое обследование: ОПТГ и ТРГ в боковой проекции (ортопантомограф «OrthophosXG», «XGPlus/Ceph» (фирма «Sirona Dental System», Германия); электромиографию жевательных мышц (электромиограф «Synapsis» НМФ «Нейротех», Россия); компьютерный анализ окклюзии («T-Scan III» (фирма «Teksan», США).

После комплексного обследования и заключения специалистов проводилось ортодонтическое лечение с помощью эластопозиционера-корректора. Эластичная каппа для коррекции прикуса выпускается 8 типоразмеров. Каждый типоразмер соответствует длине 4 резцов, измеренной по экватору вестибулярной поверхности верхней и нижней челюстей. Всем пациентам назначалось использование эластопозиционера-корректора: ночью во время сна и днем 1,5-2 часа.

Результаты исследования. При клиническом обследовании выявлено сочетание нескольких признаков дисфункции ВНЧС: у 86% пациентов отмечалась болезненность при движении нижней челюсти на стороне гипертонуса височных мышц, у 36% – девиация нижней челюсти, у 4% – дефлексия нижней челюсти при открывании рта, у 24% – ограничение открывания рта, у 42% – гипермобильность ВНЧС, у 92% пациентов – хруст и щелканье в ВНЧС.

Анализ функциональных методов исследования (электромиография жевательных мышц) до лечения и в покое показал повышение биоэлектрической активности всех исследованных мышц (50-170 мкВ, при норме -20 мкВ), особенно височных. При сжатии зубных рядов у всех пациентов была выявлена дискоординация работы жевательных мышц. Болезненность при движении нижней челюсти отмечалась на стороне гипертонуса височных мышц.

При анализе окклюзиограмм у пациентов с дисфункцией ВНЧС до лечения было обнаружено наличие преждевременных контактов зубов в 94% случаев, неравномерное распределение окклюзионной нагрузки между левой и правой сторонами зубного ряда в 82% случаев. На протяжении всего акта смыкания зубов отмечалось суммарное превалирование окклюзионных сил то правой, то левой стороны, что свидетельствовало о дисбалансе. Анализ данных функциональных методов исследования позволил спланировать алгоритм лечебных мероприятий.

Нами был рекомендован междисциплинарный подход в лечении данной группы пациентов с участием следующих специалистов:

- рефлексотерапевт – при смещении диска ВНЧС проводилось его вправление и врач назначал медикаментозную терапию по показаниям, в том числе: противовоспалительную, миорелаксирующую, укрепляющую терапии и иглоукалывание;

- стоматолог-хирург – при необходимости проводилась медикаментозная терапия, назначались нестероидные противовоспалительные препараты, хондропротекторы, физиотерапия (магнито - и лазеротерапия);

- консультация и лечение у врачей общего профиля.

Во время использования эластопозиционера-корректора пациенты отмечали чувство расслабленности в области нижней челюсти, сниже-

ние напряжения в жевательных мышцах, исчезновение болезненности при движениях нижней челюсти. Отмечена нормализация глубины резцового перекрытия у 92% пациентов, отсутствие чувства утомляемости в области жевательных мышц у 86% пациентов, отсутствие болезненности при открывании рта у 84%, устранено ограничение открывания рта у 94%, исчезли девиация и зигзагообразные движения у 76% пациентов.

Анализ результатов электромиографических исследований через несколько месяцев использования эластопозиционера-корректора показал, что у пациентов с дисфункцией ВНЧС имеется тенденция к снижению активности жевательных и височных мышц, особенно в состоянии покоя. При изучении динамики средней и максимальной амплитуды биоэлектрической активности собственно жевательных и височных мышц при сжатии зубных рядов было установлено, что при использовании эластопозиционера-корректора в 84% случаев отмечалось снижение БЭА височных и собственно по сравнению с данными полученными до начала использования эластопозиционера-корректора. В 15% случаев отмечалось незначительное увеличение биоэлектрической активности мышц.

При анализе динамики максимальной амплитуды БЭА жевательных мышц выявили, что после 6 мес. использования эластопозиционера-корректора биоэлектрическая активность собственно жевательных мышц снизилась у 52% пациентов по сравнению с данными, полученными до начала лечения. Через 12 мес. после лечения с помощью эластопозиционера-корректора значения БЭА собственно жевательных и височных мышц совпадали со среднестатистическими значениями нормы у 86% пациентов, что послужило показателем того, что наступила адаптация функции мышц при жевании.

Анализ окклюзиограмм на этапах лечения эластопозиционером-корректором, через 6 месяцев, свидетельствовал о формировании множественных окклюзионных контактов при сжатии зубных рядов, более равномерно распределенных по всей зубной дуге – у 22% пациентов, а также снижение количества преждевременных контактов – у 44% пациентов. Через 12 месяцев использования эластопозиционера-корректора отмечается равномерное распределение контактов по всей зубной дуге у 42% пациентов, кроме того, количество преждевремен-

ных контактов снизилось у 62% пациентов. Отдельные остаточные преждевременные контакты после использования эластопозиционера-корректора корректируются на дальнейших этапах лечения (ортопедическом, ортодонтическом, терапевтическом).

Анализ регулярности использования эластопозиционера-корректора выявил, что 70% пациентов регулярно использовали аппарат. Нерегулярно эластопозиционер-корректор использовали 18%, которые сразу после исчезновения болевых ощущений отказывались от него. Отказались использовать эластопозиционер-корректор после первых дней начала лечения 12% пациентов.

После проведенного подготовительного этапа лечения с помощью эластопозиционера-корректора 6% пациентов продолжили дальнейшее ортопедическое лечение, 14% – активное ортодонтическое лечение с помощью брекет-системы, 80% пациентов ограничились использованием только эластопозиционера-корректора.

Заключение. Таким образом, можно говорить о том, что применение эластопозиционера-корректора у пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС приводит к нормализации функции собственно жевательных и височных мышц, увеличению количества множественных контактов зубов-антагонистов при сжатии зубных рядов, более равномерно распределенных по всей зубной дуге. Применение эластопозиционера-корректора является эффективным на начальных этапах комплексного лечения пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС.

Литература

1. Аболмасов Н.Г. Ортодонтия / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов. – Москва : Медпресс-информ, 2008. – 424 с.
2. Ананьев, А.М. Оптимизация ортопедического лечения миорелаксирующими каплями при патологии височно-нижнечелюстного сустава / А.М. Ананьев, А.И. Богатов, О.В. Слесарев // Нижегород. мед. журн. – 2003. – №2. – С.171-172.
3. Арсенина, О.И. Состояние височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов до и после ортодонтического лечения / О.И.Арсенина, А.Г. Надточий, Н.В. Попова [и др.] // Ортодонтия. – Москва, 2009. – №3. – С.47-50.

4. Левченко, Л. Эстетика и функция в междисциплинарном лечении с CAD/CAM технологиями / Л.Левченко, Р. Славичек // Цифровая стоматология. – Москва, 2015. – С.63-70.

5. Хватова, В.А. Оклюзионные шины (современное состояние проблемы) / В.А. Хватова, С.О. Чикун. – Москва : МИГ «Медицинская книга», 2010. – С. 16-19.

6. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия / Ф.Я. Хорошилкина. – Москва : Издат. дом МИА, 2006. – 541 с.

* * *

УДК 616.314-089.5-031.85

ВЫБОР МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ

Шаталина Е.А., Потёмкина Н.М., Ли Э.М.
КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 19», г. Хабаровск (Россия)
E-mail: lena.schatalina2012@yandex.ru

Аннотация. Эффективность обезболивания является одним из главных условий проведения стоматологических манипуляций у детей. Выбор метода инъекционного обезболивания для удаления временных моляров основывается на анатомо-физиологических особенностях челюстно-лицевой области в детском возрасте, стадии формирования и резорбции корней временных зубов, наличии патологического апикального процесса.

Ключевые слова: местное обезболивание, инфильтрационная анестезия, проводниковая анестезия, артикаина гидрохлорид, временные моляры.

THE CHOICE OF LOCAL ANESTHESIA FOR THE REMOVAL OF TEMPORARY MOLARS

Shatalina E.A., Potemkina N. M. Lee, E.M.
Dental polyclinic № 19, Khabarovsk (Russia)
E-mail: lena.schatalina2012@yandex.ru

Abstract. The effectiveness of pain relief is one of the main conditions of carrying out dental procedures in children. The choice of method of anesthesia

injection for removal of deciduous molars is based on anatomical and physiological features of maxillofacial region in children, the stage of formation and resorption of roots of temporary teeth, the presence of pathological apical process.

Keywords: local anesthesia, infiltration anesthesia, block anesthesia, Articaine Hydrochloride, temporary molars.

Одним из важнейших принципов современной стоматологии, как и всей медицины в целом, является лечение без боли [2, 4]. Первое, о чём чаще всего спрашивают пациенты, садясь в стоматологическое кресло: «Доктор, а мне не будет больно?». И особенно важен контроль боли в детском возрасте, когда вследствие болезненного лечения зубов может развиться дентальная тревожность, крайней степенью которой является стоматофобия – полный отказ от стоматологических вмешательств.

За последнее десятилетие в стоматологическую практику внедрены новые высокоэффективные в малых дозах и хорошо переносимые детьми местнообезболивающие препараты, среди которых видное место занимают препараты на основе 4% артикаина гидрохлорида.

Нередко, приходится сталкиваться с тем, что при лечении и удалении временных моляров врачи, рассчитывая в том числе и на высокую эффективность современного анестетика, применяют метод инфильтрационной анестезии для моляров верхней и нижней челюстей. Но всегда ли этот выбор является верным? Если ребёнок дошкольного возраста в таких ситуациях говорит о том, что ему больно, стоматологи списывают такую реакцию маленького пациента на неумение дифференцировать понятия «больно» и «неприятно».

Целью нашего исследования явился анализ эффективности инъекционных методов обезболивания при операции удаления временных моляров у детей старшего дошкольного возраста (5-6 лет) и младшего школьного возраста (7-9 лет).

Материалы и методы. Объектом исследования явились 68 детей, находившихся на лечении в хирургическом кабинете КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №19» в первом полугодии 2015 года по поводу хронических форм апикального периодонтита временных моляров в стадии обострения.

Для целей исследования было выделено 3 группы детей, которые представлены в таблице 1.

Инъекционное обезболивание проводилось после предварительной двухминутной аппликации препарата Лидоксор гель (ООО «НКФ ОМЕГА-ДЕНТ», Россия).

Таблица 1

Распределение детей по возрасту и виду инъекционного обезболивания

№ № группы	Удаляемый зуб и вид инъекционного обезболивания	5 лет	6 лет	7 лет	8 лет	9 лет	Итого
II	Временный моляр верхней челюсти; инфильтрационная анестезия	5	5	4	4	5	23
III	Временный моляр нижней челюсти; инфильтрационная анестезия	4	4	4	3	6	21
III	Временный моляр нижней челюсти; мандибулярная анестезия + буккальная инфильтрация	5	5	4	4	6	24
	Итого	14	14	12	11	17	68

Для инфильтрационной и мандибулярной анестезии применялся комбинированный препарат «Артикаин Инибса» (Laboratorios Inibsa, Испания), содержащий в 1 мл 40 мг артикаина гидрохлорида и 0,01 мг эпинефрина гидротартрата.

Артикаин – местноанестезирующий препарат группы амидов, синтезированный в 1969 году Н. Rusching с соавторами. Артикаин – слабое основание, плохо растворимое в воде, для инъекционного введения используется артикаина гидрохлорид – хорошо растворимая в воде соль. Препарат имеет короткий период полувыведения (25,3 минуты) и высокий плазматический клиренс, что обусловлено наличием в его молекуле наряду с амидной связью дополнительной эфирной связи, гидролизующейся эстеразами (псевдохолинэстеразой) плазмы крови, поэтому артикаин метаболизируется не только микросомальными ферментами печени, как другие амидные анестетики, но и эстеразами плазмы крови. Большая часть препарата попадает в кровоток в виде неактивного основного метаболита – артикаиновой кислоты. Выводится препарат почками 54–63 % (за 6 часов), преимущественно в виде неактивных метаболитов (около 90%), в неизменном виде – около 5–10%.

В экспериментальных исследованиях установлено, что артикаин плохо проникает через плацентарный барьер и не обнаруживается в

грудном молоке в клинически значимых концентрациях. Быстрота метаболизма и экскреции артикаина обуславливают отсутствие кумуляции при повторном его введении в ходе проведения большого объема стоматологической помощи.

Низкая токсичность артикаина и большая широта терапевтического действия делают его препаратом выбора у детей, лиц пожилого возраста, беременных женщин и женщин в период лактации [5].

Данный препарат рекомендован к применению производителем детям старше 4 лет. Расчёт необходимого объёма анестетика проводился согласно инструкции производителя с учётом возраста, веса ребёнка и дозис-фактора. В амбулаторных условиях, как правило, рекомендуется использовать дозу анестетика, не превышающую 50% максимально допустимой дозы. Для детей 5-9 лет максимально допустимая доза при инъекционном введении составляет 5 мг/кг.

Начало анестезирующего эффекта артикаина при инфильтрационной анестезии наступает через 1-3 минуты, при проводниковой – через 2-5 минут. В нашем исследовании операция удаления проводилась через 5 минут после инъекции артикаина.

Результаты исследования. Наш клинический опыт показывает, что зондирование, предлагаемое для оценки эффективности обезболивания различными авторами [1, 3], не всегда является информативным в случае наличия острого воспаления в апикальном очаге. В данной ситуации нам представляется более целесообразным проведение вертикальной перкуссии.

В процессе операции удаления зуба на неудовлетворительную эффективность обезболивания также указывали: плач ребёнка, напряжение или, напротив, избыточная двигательная активность тела и конечностей, устные жалобы на болезненность манипуляций. При выявлении указанных признаков неэффективности анестезии, манипуляции прекращались, и было проведено дополнительное инъекционное обезболивание.

Результаты оценки эффективности инъекционного обезболивания были следующими. Отсутствие достаточного эффекта анестезии при удалении временного моляра на верхней челюсти после первоначального введения артикаина было выявлено лишь у одного пациента. При

этом следует отметить, что у удаляемого 55 зуба, ребёнка 9 лет, резорбция небного и щёчно-медиального корней составила менее 1/4, а также на двух из трёх апексов присутствовали гранулёмы размерами не менее 2 мм. В то же время, на диагностической прицельной рентгенограмме чёткой картины степени резорбции корней и присутствия патологического апикального очага выявлено не было, что связано с наложением зачатков зубов постоянного прикуса в период смены зубов. В целом эффективность инфильтрационной анестезии артикаином при экстракции временных моляров верхней челюсти составила 95,7 %

При удалении моляров нижней челюсти под инфильтрационной анестезией неэффективность первоначального обезболивания была установлена у 8 человек, из них 6 детей были в возрасте 7-9 лет (т.е. 53,8 % эффективности). При этом мандибулярная анестезия в сочетании с инфильтрацией щёчного нерва дала достаточный анестезирующий эффект у 19 человек – 79,2 %.

Низкая эффективность инфильтрационного метода обезболивания для манипуляций в дистальном сегменте нижней челюсти, в первую очередь, связана с анатомическими особенностями. Как известно, наружная стенка альвеолярного отростка верхней челюсти у детей очень тонкая, как губка, пронизана множеством мелких отверстий, через которые проходят кровеносные, лимфатические сосуды и нервные окончания. Это способствует высокой диффузии анестетика. Напротив, на нижней челюсти в области моляров из-за более плотной кортикальной пластинки и большего объёма костной ткани диффузия анестетика значительно снижается, и эта разница начинает прослеживаться уже с 6-7-летнего возраста.

Проведённое исследование подтверждает, что проводниковое обезболивание является методом выбора при удалении временного моляра нижней челюсти по поводу хронического периодонтита в стадии обострения. Однако не стоит забывать о важности правильной техники её выполнения и возрастных особенностях изменения анатомических ориентиров: у детей до 5 лет целевой пункт при выполнении мандибулярной анестезии расположен на 1-2 мм ниже жевательной поверхности зубов нижней челюсти, а у детей старше 5 лет – на 3-5 мм выше уровня жевательной поверхности этих зубов.

При определении объёма обезболивания перед операцией удаления временных зубов особое внимание следует уделить правильной постановке диагноза. Например, если до смены удаляемого временного моляра теоретически остался месяц, на поверку один из корней может оказаться полностью не резорбированным, в силу наличия патологического апикального очага. В данном случае речь идет уже не о физиологической смене прикуса, а о хроническом периодонтите, и объём обезболивания должен быть больше (особенно это касается моляров нижней челюсти). Поэтому при наличии сомнений в точной оценке диагноза необходимо направлять пациента на рентгенологическое исследование для определения степени резорбции корней удаляемого зуба и размеров патологического апикального очага.

Не менее значимой является профилактика осложнений проводникового обезболивания, т.к. оно даёт более длительный и распространённый анестезирующий эффект в отличие от инфильтрации. Родителям обязательно разъясняется необходимость контроля за детьми: не принимать пищу, не прикусывать слизистую губ, щёк, языка в период сохранения обезболивающего эффекта.

Заключение. Для профилактики развития детской стоматофобии все операции, включая удаление зубов (временного и постоянного прикуса), должны проводиться под полноценным обезболиванием. Только временные зубы с полностью рассосавшимися корнями с III-IV степенью подвижности можно удалять под аппликационной анестезией.

Литература

1. Стош, В.И. От новокаина к артикаину (К 100-летию синтеза новокаина) / В.И. Стош. – Москва : МИА, 2005. – 248 с.
2. Харьков, Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Л.В. Харьков, Л.Н. Яковенко, И.Л. Чехова. – Москва : Книга плюс, 2005. – 471 с.
3. Khudair, A. Evaluation of Mandibular Infiltration Compared to Mandibular Block Anesthesia in Pediatric Dentistry / A. Khudair, Salman Al-Jumaili, H. Ghaeth [et al.] // J. Rafidain Dent. – 2009. – Vol. 9. – №1. – P. 32-37.
4. Nakai, Y. Effectiveness of local anesthesia in pediatric dental practice / Y. Nakai, P. Milgrom, L. Mancl [et al.] // J Am Dent Assoc. – 2000. – Vol.131. – №12. – P. 1699 – 1705.

5. Oulis, C.J. The effectiveness of mandibular infiltration compared to mandibular block anesthesia in treating primary molars in children / C.J. Oulis, G.P. Vadiakas, A. Vasilopoulou // J. Pediatr Dent. – 1996. – Vol.301-5. – №18(4). – P. 301-302.

* * *

УДК 616.314-002-084:613.22-053.5(571.62)

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА И ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВЫХ ПРИВЫЧЕК У ШКОЛЬНИКОВ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

Елистратова М.И., Кидрачева К.А., Петрова А.В.
*Дальневосточный государственный медицинский университет
г. Хабаровск (Россия)
E-mail: nauka@mail.fesmu.ru*

Аннотация. В статье приведены данные социологического опроса по формированию культуры питания 165 детей средних классов школы №№3 и 33 г. Хабаровска и средней общеобразовательной школы с. Ракитное и 117 родителей этих школьников. По результатам установлено, что половина опрошенных употребляют сладости каждый день и из предложенных напитков в анкете отдают предпочтение фруктовому соку и сладкой газировке.

Ключевые слова: питание, кариес, школьник

CARIES PREVENTION AND ANALYSIS OF EATING HABITS IN SCHOOL STUDENTS OF Khabarovsk REGION

Elistratova M.I. Kidracheva K.A., Petrova A.V.
*Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia
E-mail: nauka@mail.fesmu.ru*

Abstract. Data of sociological survey of food culture of 165 children of middle classes of school N3 and N33 of Khabarovsk and high comprehensive school of the village of Rakitnoye and 117 parents of these pupils were provided in article. The survey results have revealed that half of the examined used sweets every day and they gave preference to fruit juice and soda from the offered drinks in the questionnaire.

Keywords: food, caries, school students.

По данным эпидемиологического стоматологического исследования, в России отмечается рост показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей [3, 7, 8]. Распространенность кариеса постоянных зубов у детей 12 лет составляет 97%, средняя интенсивность кариеса составляет 4,7 [1]. Неразумные пищевые привычки и постоянно нарушаемые правила здорового питания увеличивают риск и частоту хронических заболеваний среди подростков [2, 4, 6, 8]. Для правильной жизнедеятельности необходимо рациональное, правильное, полноценное питание. В противном случае есть риск развития заболеваний полости рта [1, 2, 9].

В последнее время актуальной является задача профилактики стоматологических заболеваний у детей, позволяющей в значительной степени сохранить здоровье полости рта. Справедливо отмечают, что важнейшим фактором в развитии заболеваний твердых тканей зубов является не только неудовлетворительная гигиена полости рта, но и неполноценное питание [2, 4, 5].

Целью исследования является изучение уровня знаний учеников средних классов Хабаровского края по питанию и его влиянию на здоровье зубов.

Материалы и методы. В 2015-2016 годах проводилось социологическое исследование среди учащихся 5-6 классов средней общеобразовательной школы №№3 и 33 г. Хабаровска и средней общеобразовательной школы с. Ракитное и родителей этих учеников. Всего было опрошено 165 детей в возрасте от 10 до 13 лет и 117 родителей в возрасте от 33 до 54 лет.

Для реализации поставленной цели были разработаны авторские анкеты для родителей из 27 вопросов и для детей из 42 вопросов, которые подразделялись на следующие разделы: определение знаний по структуре пищевого рациона, культуре потребления и кратности приема; определение уровня знаний по гигиене полости рта; определение степени информированности по микроэлементному составу продуктов питания, важных с точки зрения стоматологического здоровья. Анализ полученных данных осуществлялся в ходе статистической обработки ответов анкет.

Результаты и обсуждение. Среди факторов, оказывающих решающее влияние на здоровье, нормальное физическое развитие и рост ребенка, важная роль принадлежит сбалансированному питанию и надежному обеспечению растущего организма всеми необходимыми пищевыми веществами, включая витамины, макро- и микроэлементы. Почти все родители согласились, что характер питания влияет на состояние здоровья костей и зубов – 95%. При этом каша считается базовым блюдом для завтрака, но ее можно употреблять и на обед, и на ужин. Большинство каш богаты витаминами, микроэлементами: фосфором, калием, магнием, кальцием, незаменимыми аминокислотами, а также каши являются источником медленных углеводов. 2/3 детей ежедневно завтракают дома, но только каждый пятый ребенок – кашей.

При анализе проведенного анкетирования был определен уровень по базовым знаниям микроэлементного состава продуктов питания, важных с точки зрения стоматологического здоровья, который составил 47%.

Основными наиболее важными элементами для наших зубов являются кальций, фтор и фосфор. Они не только встраиваются в кристаллическую решетку гидроксиапатитов, но и снижают кислотность бактериального геноза. 67% проанкетированных школьников знают, что кальций и фтор укрепляют зубы, но большинство не обладают знанием о том, в каких продуктах содержится фтор. Норма поступления кальция для подростков 10-13 лет составляет 800-1000 мг/сутки. Оптимальными источниками кальция являются молочные продукты, такие как молоко, йогурт, кефир, творог, простокваша, ряженка, сыры и другие, так как кальций в них содержится в легкоусвояемой для организма форме. При анализе частоты потребления молока и молочных продуктов обнаружили, что молоко и кисломолочные продукты ежедневно включает в рацион питания своего ребенка только 39% опрошенных, несколько раз в неделю – около 41%, и 20% родителей включает эту группу продуктов несколько раз в месяц и реже. В данных учреждениях 80% школьников отметили, что любят творог и больше половины пьют молоко 1-3 раза в день (55%).

Известно, что в морепродуктах содержатся витамины А, Е, С, D, В, микроэлементы: селен, фтор, йод, кальций, фосфор, укрепляющие не только твердые ткани зубов, но и костную ткань альвеолярных отрост-

ков. Однако больше половины детей не знали, что рыба является источником фосфора (61%) и фтора (67%). Для обеспечения организма оптимальным ежедневным поступлением этих микроэлементов достаточно съесть 100 г рыбы. В данном случае 65% либо едят рыбу очень редко, либо не едят вообще.

Наиболее сложным вопросом на сегодняшний день является неправильное чрезмерное потребление простых углеводов как у взрослых, так и у детей. Доказано, что кариесогенная роль углеводов зависит не только от употребления большого количества, но и от частоты приема сахара. ВОЗ рекомендует детям школьного возраста употреблять в сутки не более 40 г сахара. Опрос показал, что каждый второй ребенок употребляет сладости ежедневно после каждого приема пищи, хотя половина опрошенных родителей уверены, что их дети употребляют умеренное количество сладкого в день. Притом 44% родителей отметили, что не контролируют частоту приема сладкого, а 32% позволяют есть их ежедневно. В основном сладкое покупает в семье мама – 68%, но 20% детей ответили о самостоятельном приобретении. Чаще дети отдают предпочтение продуктам из шоколада (50%). Второе место занимают наиболее кариесогенные сорта конфет, такие как леденцы и карамель (44%). Вызывает тревогу то, что из предложенных напитков половина школьников отдает предпочтение фруктовым сокам и газированным напиткам, употребляя их 1-2 раза в день, либо с разрешения родителей (55%). По результатам анкетирования 89% родителей запрещают ежедневное употребление газированных напитков. Также запрещают употребление чипсов и сухариков – 81%. Но их уровень потребления составил 71%, хотя половина отметила, что только с родительского разрешения (35%). Это подтверждает важность родительского контроля в питании детей. 94% школьников утверждают, что родители не позволяют им есть столько сладкого, сколько они хотят. Но, несмотря на такие показатели пристрастия к сладкому, 80% отметили, что смогут прожить день без него.

Заключение. При анализе рационов детей школьного возраста выявлен ежедневный дефицит потребления кисломолочных продуктов: молока, кефира, йогурта; рыбы, каш. Недостаточное потребление этих

продуктов питания обедняет рацион по содержанию белков, жиров, витаминов и минеральных веществ. Вместе с тем выявлена популярность таких продуктов, как чипсы, сухарики, сладкие газированные напитки, фруктовые соки, конфеты. Для улучшения питания школьников необходимо активно пропагандировать правила питания и организовывать уроки здоровья, в том числе на стоматологическую тематику, и внедрения их в школьные программы.

Литература

1. Антонова, А.А. Местная профилактика кариеса у детей и коррекция питания / А.А.Антонова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2006. № 4. – С.117-120.
2. Елистратова М.И. Исследование характера питания школьников и его влияния на здоровье зубов / М.И. Елистратова, В.И. Гермаш ; Дальневост. гос. мед. ун-т, г. Хабаровск // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста : сб. науч. статей III регион. науч.-практ. конф. с международным участием по дет. стоматологии, посв. 25-летию каф. стоматологии дет. возраста ДВГМУ. – Хабаровск, 2013. – С.92-95.
3. Железный, П.А. Первичная профилактика стоматологических заболеваний / П.А Железный, В.В. Рева. – Новосибирск, 1996. – С.166.
4. Изотова, Е.А. Значение культуры питания и гигиенического ухода за полостью рта в развитии кариеса у школьников средних классов / Е.А. Изотова, А.В. Пак // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – № 9. – Т.3. – С.1092-1093.
5. Кобиясова, И.В. Клинические аспекты профилактики и лечения кариеса временных и постоянных зубов у детей и подростков / И.В. Кобиясова, Н.А. Савушкина. – Санкт-Петербург, 2007. – С. 8-10.
6. Котов, Г.А. Питание в профилактике основных стоматологических заболеваний у детей / Г.А. Котов, Е.Г. Киселева, Л.М. Лавут [и др.] // Новое в стоматологии. – 1998. – №8. – С.29-59.
7. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина. – Москва : Тога-Принт, 2001. – С.36
8. Сунцов, В.Г. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев, В.А. Дистель [и др.]. – Москва : Мед. книга ; Н.Новгород : Изд-в. НГМА, 2001. – С.102-108.
9. Petersen, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme / P. E. Petersen // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. – №1. – P.3-24.

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИИ
В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА**

Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 20-летию стоматологического отделения
Медицинского института Северо-Восточного федерального
университета имени М.К. Аммосова

В оформлении обложки использована фотография из inyakutia.com

Редактор *К.А. Семенова*
Компьютерная верстка *М.А. Трифонов*
Оформление обложки *П.И. Антипин*

Подписано в печать 17.05.2016. Формат 60x84/16.
Гарнитура «Таймс». Печать цифровая.
Печ. л. 17,5. Уч.-изд. л. 21,9. Тираж 250 экз. Заказ № 107.
Издательский дом Северо-Восточного федерального университета,
677891, г. Якутск, ул. Петровского, 5.

Отпечатано в типографии ИД СВФУ