
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

МАТЕРИАЛЫ

Российского научного
«СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФОРУМА 2003»

Москва, ЦДХ, 18-21 ноября 2003 года

Москва 2003

Материалы Российского научного «Стоматологического форума 2003»

Российская академия медицинских наук
Федеральное Управление «Медбиозкстрэм»
«МЕДИ Экспо»

5-94943-011-5

©«МЕДИ Экспо», 2003

Т Е З И С Ы

ПРИМЕНЕНИЕ ПЬЕЗОХИРУРГИИ ПРИ СИНУС-ЛИФТИНГЕ

Ага-заде А.Р.

Азербайджан, г. Баку, Республиканский стоматологический центр

Получение положительных результатов при операции дентальной имплантации во многом зависит от состояния костной ткани пациентов.

Потеря зубов в боковых участках верхней челюсти вызывает пневматизацию и рассасывание кости в последующем. При атрофии альвеолярной кости в боковых участках верхней челюсти имплантация практически невозможна.

Благодаря пластике дна верхнечелюстной пазухи, позволяющей воссоздать нормальные анатомические условия, стало возможным устранение дефектов зубного ряда с использованием имплантатов у пациентов с атрофией боковых участков верхней челюсти.

Однако во время хирургического вмешательства возможна перфорация слизистой гайморовой пазухи. Это осложнение может произойти в течение остеотомии, выполненной хирургическим бором или во время поднятия мембраны пазухи ручными инструментами для синус - лифтинга.

В нашей практике мы используем метод пьезохирургии, который радикально упрощает операцию синус-лифтинг, таким образом избегая перфорации мембраны. Пьезохирургия — новая хирургическая техника, позволяющая точно, бережно, надежно и без перегрева проводить резку кости. Создание окна на наружной стенке гайморовой пазухи методом пьезохирургии легко. При этом кость поддается резке очень быстро, не повреждая мягкую ткань, за счет пьезоэлектрической кавитации и избирательной резки. (29 кГц для кости). Поднятие дна гайморовой пазухи выполнялось с использованием специальных пьезоэлектрических насадок для синус-лифтинга под постоянным охлаждением физиологическим раствором.

Нами использовались различные материалы для костной пластики при поднятии дна гайморовой пазухи. Наилучшие результаты были получены при использовании аутокости. Для заполнения полости использовали аутокость, взятую с подбородочной и ретромолярной областей методом пьезохирургии. Получение аутогенной костной ткани этим методом атравматично, не требуется дополнительного измельчения кости. Полученная кость легко вводится в полость. Размеры костных частиц идеальны для регенерации кости.

Было выполнено 2 пациентам 3 операции синус-лифтинг с использованием хирургического устройства — «Mectron Piezosurgery».

Предварительные результаты подтверждают надежность пластики гайморовой пазухи с применением пьезохирургического метода.

ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ СТОМАТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

**Алиев М.М., Ахмедова Л.М., Кулиева Л.Х., Исмаилов М.И.
Ахмедов Ф.Х.**

Азербайджанская Республика, г.Баку, АзГИУВ им.А.Алиева

Язвенный стоматит (ЯС) на фоне аллергии имеет в своем генезе четко выраженный воспалительный процесс и нарушения системного и местного иммунитета.

Большое значение для разрешения острой фазы воспаления имеет состояние лимфатической системы слизистой оболочки полости рта (СОПР) у больных ЯС. СОПР весьма обильно представлена лимфоидной тканью и рассеянными неинкапсулированными элементами иммунной системы.

Изучено состояние системного и местного иммунитета у 20 больных с рецидивирующим ЯС в стадии обострения с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастриты, язва желудка и 12 п.к., дискинезия желчевыводящих путей), в возрасте от 28 до 48 лет. Рецидивы у больных наблюдались 1-2 раза в год. В стадии обострения ЯС у больных отмечались высыпания на СОПР афтозно-язвенных элементов по типу многоформной экссудативной эритемы.

Материалом для исследования послужила венозная кровь и смешанная слюна. Оценку системного и местного иммунитета осуществляли путем определения в крови и в слюне IgG, IgA, IgM, ЦИК, фагоцитоз нейтрофилов и фагоцитарный индекс, субпопуляции лимфоцитов: Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров. Также исследован IgE и фибронектин.

При первичном обследовании больных ЯС в стадии обострения имели места комбинированные изменения иммунной системы в разнообразных сочетаниях. При этом у 12 больных наблюдались изменения иммунитета (клеточного и гуморального) и системы нейтрофильных гранулоцитов; у 6 — клеточного звена иммунитета и системы нейтрофильных гранулоцитов; у 2-

х больных — клеточного и гуморального иммунитета. Изолированные нарушения Т-клеточного звена, системы нейтрофильных гранулоцитов и гуморального звена не выявлены.

В период обострения ЯС в крови у больных наблюдалось уменьшение числа Т-лимфоцитов, повышение содержания Т-хелперов, IgG, IgM, ЦИК и снижение Т-супрессоров.

В период активности ЯС наблюдалось снижение уровня и фагоцитарной функции нейтрофилов как в крови, так и в слюне. А количество лимфоцитов и их субпопуляций в слюне представлено более значимо, что соответствует закономерностям формирования хронического воспаления. Ранний маркер — появление в очаге воспаления лимфоцитов и отмена смены клеточной кооперации лимфоцитов на нейтрофилы определяет несостоятельность местного иммунитета. Повышенный уровень IgE демонстрировал наличие аллергического фона у больных ЯС.

Цитоморфологические исследования слюны выявили высокий процент двуядерных клеток-лимфоцитов, демонстрируя типичную воспалительную картину.

Таким образом, можно полагать, что в прогностическом значении в хронизации ЯС принимают участие три универсальных фактора хронического воспаления: аутоиммунные реакции; локальные — отмена смены клеточной кооперации лимфоцитов на нейтрофилы, а также образование двуядерных клеток-лимфоцитов, присутствие которых характерно для хронического воспаления при многих других заболеваниях.

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО - ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРИЧИН ОСЛОЖНЯЮЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Анохина А.В.

Республика Татарстан, г. Казань, государственная медицинская академия, кафедра терапевтической и детской стоматологии и ортодонтии

Одновременно с большими возможностями и пользой ортодонтического лечения необходимо обратить внимание и на определенные неудобства, приводящие к прерыванию лечения.

Исследование предпринято для оценки некоторых социально - экономических факторов, которые позволили бы устранить некоторые преграды и успешно завершить курс активного аппаратного. Все опрошенные пациен-

ты ранее посещали ортодонтические отделения детских стоматологических поликлиник г. Казани или частные ортодонтические кабинеты и по различным причинам прервали лечение.

В ходе анализа выявлено, что около половины пациентов живут в радиусе 6,67 км от места лечения, а 20% — в 8,96 км отдалении. У одной трети пациентов поездки туда и обратно занимают в среднем 1 - 1,5 часа. Больше половины опрошенных пациентов (60%) пользуются общественным транспортом, все они платят за проезд и испытывают все вытекающие отсюда неудобства. Только 39,3 % пациентов посещали ортодонта без сопровождающих лиц, остальные приходили, по крайней мере, с одним из близких. Обычно это мать (47,6%). На втором месте по частоте сопровождения стоит бабушка — 16,0%. Показатели того, что сопровождали отцы, коррелировали с дальностью проживания. 41% родителей указали, что они использовали рабочее время для сопровождения детей к ортодонт.

У 11,1% семей потери в зарплате были существенными в связи с поездками для ортодонтического лечения.

Большинство пациентов (80%) тратит на лечение по крайней мере 2 часа учебного времени, а 73% пропускают все утренние или дневные занятия в этот день.

Негативная психологическая реакция, беспокойство и страх пациентов по поводу самого ортодонтического лечения коррелировали с возрастом пациентов ($r=0,89$), полом ($r=0,78$) и методом лечения ($r=0,81$).

Наиболее существенными жалобами на неудобства в ходе лечения были у пациентов со съёмной аппаратурой, чем с несъёмной ($P<0.005$). Около 73% пациентов, которые выразили особые беспокойства по поводу нарушения эстетики (внешнего вида) и чувства дискомфорта от своих аппаратов. Одна треть пациентов отметила, что были не подготовлены психологически. Две трети констатировали, что испытывают неудобства больше, чем ожидали до начала лечения и не могут пользоваться ортодонтическими устройствами (съёмными или несъёмными) в привычной социальной среде.

Представленные данные свидетельствуют о том, что ортодонтическое лечение в большой степени сопряжено с психологическими факторами и требует значительной подготовительной работы врача с пациентами и его родственниками. Пациент и его семья должны быть в полной мере информированы о тех практических трудностях, с которыми они могут столкнуться в ходе лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Асланова Ф.К., Сеидбеков О.С., Морозова Н.В.

г.Баку, Кафедра стоматологии Азербайджанского Государственного института усовершенствования врачей им. А.Алиева

В каждой стране имеются специфические особенности распространённости кариеса и адекватные программы профилактики этого заболевания. Существующие методы профилактики кариеса зубов отличаются друг от друга медицинской и экономической эффективностью, фондёмкостью и трудоёмкостью. Отдельные компании, имеющие коммерческие интересы в распространении тех или иных способов профилактики кариеса зубов, несомненно преднамеренно завышают показатели эффективности этих методов. В Азербайджане на государственном уровне не существует какой-либо заинтересованности во внедрении в стране сомнительных способов профилактики кариеса. Поэтому не только отдельные граждане, но и в масштабе страны имеется заинтересованность в обосновании оптимальных вариантов профилактики кариеса зубов.

С учётом отмеченного, мы апробировали все ведущие варианты профилактики кариеса с целью обоснования наиболее эффективных методов:

герметизация фиссур интактных первых постоянных моляров с применением 4-х видов различных герметиков (Concise, Helioseal, Fissurit F и эмаль-герметизирующий ликвид) для профилактики кариеса;

герметизация дентина с применением дентингерметизирующего ликвида для профилактики рецидивов кариеса и вторичного кариеса после реставрации;

регулярное нанесение на зубы фторлака;

профессиональная гигиена полости рта.

В рекомендуемой нами методике профилактики кариеса зубов имеется ряд преимуществ и существенная новизна:

во-первых, мы впервые в одних и тех же условиях и на примере одной популяции апробировали 7 методов профилактики кариеса зубов по универсальным критериям, что позволяет получить более объективные результаты для сравнительной оценки их эффективности;

во-вторых, в нашей работе впервые даны сравнительные результаты применения всех основных вариантов профилактики кариеса (гигиена полости рта, локальное применение фтора, глубокое фторирование, ЭГЛ и герметизация фиссур различными герметиками).

Для оценки эффективности различных вариантов профилактики кариеса нами были

использованы критерии, отражающие конечные результаты достижения целей: снижение распространённости заболевания, уменьшение интенсивности поражения зубов и первых постоянных моляров в том числе. Кроме того, принимая во внимание преобладание вариантов профилактики кариеса с применением различных герметиков, были использованы для оценки эффективности критерии сохранности герметиков (сохранность, стираемость, краевое окрашивание и поверхностные полостные дефекты).

При выборе метода профилактики кариеса зубов только по медицинским критериям эффективности недопустима ориентация на одного показателя. Необходимо учитывать весь комплекс показателей эффективности, включая показатели ретенции герметика и показатели снижения прироста кариеса зубов. С этой целью нами впервые были использованы специальные показатели — сила эффективности профилактической программы (СЭПП) по предупреждению заболеваемости (распространённости) кариеса зубов, по снижению поражаемости первых постоянных моляра, а также по снижению интенсивности поражения зубов в целом. Этот показатель является эквивалентом показателя относительной интенсивности и вычисляется путём деления соответствующих фактических величин по контрольной группе к таковой в опытных группах. Суть этого показателя в том, что он выражает кратность изменения уровня либо заболеваемости, либо интенсивности поражения при использовании той или иной программы профилактики кариеса зубов.

Сумма СЭПП по предупреждению распространённости кариеса, снижению интенсивности поражения первых постоянных моляра и всех зубов в целом даёт комплексную количественную оценку эффективности профилактических программ, которая составляла для: профессиональной гигиены — 3,9; регулярного покрытия зубов фторлаком — 6,7; герметизации интактных фиссур первых постоянных моляра с применением Fissurit F — 26,4; Concise — 33,4; Helioseal — 30,0 и ЭГЛ — 47,5.

Исходя только из медицинской целесообразности, можно рекомендовать приоритетное использование программы профилактики кариеса зубов методом минеральной герметизации фиссур с применением ЭГЛ.

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В СЕМИПАЛАТИНСКОМ РЕГИОНЕ

Байзакова Г.Т.

Республика Казахстан, г.Семипалатинск, Семипалатинская Государственная медицинская Академия, курс хирургической стоматологии

Проблема оперативного лечения и реабилитации больных с врожденной расщелиной губы и неба, особенно актуальна для Семипалатинского региона, в связи с последствиями многолетних ядерных испытаний на полигоне.

За период с 1999 по 2002 годы на базе челюстно-лицевого отделен Косультативно-учебного центра СГМА были прооперированы 50 детей с врожденными расщелинами губы и неба. Срок наблюдения от 6 месяцев до 10 лет. Как выяснилось из анамнеза пациентов 26% были лицами постоянно проживающими в г. Семипалатинске и из близлежащих районов — 18% Аягуз, 14% Жарма, 10% Урджар, 8% Баскарагай, 6% Жана-Семей, 6% Курчатова, 6% Маканчи, 4% Абай, 2% Бородулиха.

Из 50 наблюдавшихся больных 40% составляли с диагнозом: врожденная расщелина верхней губы, твердого, мягкого неба; 32% с врожденной расщелиной твердого и мягкого неба; 14% с врожденной расщелиной верхней губы, твердого, мягкого неба с дефектом крыла носа; 10% с врожденной расщелиной верхней губы и 4% с двухсторонней расщелиной верхней губы, твердого, мягкого неба.

Все пациенты клинически и лабораторно обследованы и по показаниям в зависимости от дефекта проведены хейлопластика по Милларду, Обуховой; уранопластика по Лимбергу, Львову и их модификации.

Удовлетворительный результат наблюдался только у 7 пациентов, что составило 14% от общего числа от общего числа прооперированных, в остальных случаях результат был хороший.

Анализ результатов нашей работы показывает, что среди пациентов челюстно-лицевого отделения КУЦ-СГМА с врожденными расщелинами губы и неба городские дети составили одну треть, а жители районов Семипалатинского полигона две трети. По Семипалатинскому региону наибольшее количество больных отмечено в Аягузском, Жарминском, Урджарском, Баскарагайском, и Жана-Семейском районах, которые отнесены к зонам повышенного и максимального радиационного риска.

СМЕШАННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Байзакова Г.Т., Тилеубаева А.С., Набиева Л.А.

Республика Казахстан, г. Семипалатинск, Семипалатинская Государственная медицинская Академия, курс хирургической стоматологии

Одной из наиболее частых форм новообразований челюстно-лицевой области с которыми приходится сталкиваться практическому врачу, являются опухоли слюнных желез.

На базе челюстно-лицевого отделения КУЦ-СГМА за последние 5 лет (1998-2002) проведено лечение 23-х больных с опухолями слюнных желез. Из них 12 женщин и 11 мужчин в возрасте от 14 до 91 года.

Чаще других встречались так называемые смешанные опухоли - полиморфные аденомы 16 случаев (69,5%), преимущественно в околоушной слюнной железе. Поражение всегда одностороннее. Первоначально почти во всех случаях наличие объемного процесса расценивалось как околоушный лимфаденит или неспецифический паротит, и пациенты получали противовоспалительную терапию и физиотерапевтическое лечение. При увеличении объема образования и его уплотнении возникали подозрения на наличие опухолевого поражения. Наблюдались аденолимфома в 4,3% случаев, мономорфная аденома (4,3%), которая чаще всего локализуется в толще железы. Отличить мономорфную аденому от смешанной опухоли по клиническому течению практически невозможно. Окончательную ясность может внести только гистологическое исследование. Среди злокачественных новообразований слюнных желез встречался мукозэпидермоидный рак (8,6%), аденокарцинома (8,6%). В отличие от смешанных опухолей, в клинической картине отмечались инфильтрация кожи, ограничение смещаемости, выраженная плотность новообразования, болевой синдром.

Для диагностики новообразований слюнных желез использовался комплекс диагностических мероприятий: осмотр и пальпация, ультразвуковое и цитологическое исследования, сиалография, в ряде случаев компьютерная томография.

Таким образом, несмотря на относительную доступность для диагностики околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез, далеко не всегда диагноз бывает своевременным. На основании данных нашего отделения челюстно-лицевой хирургии КУЦ-СГМА, от первых признаков заболевания до установления правильного диагноза проходит от одного месяца до нескольких лет. Иногда размеры смешанной опухоли долго остаются без изменений, иногда опухоль может достигнуть значительных размеров.

СНИЖЕНИЕ РИСКА ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОМОЩЬЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Белова О.В., Альварес Э.Р., Быкова Т.К.

г. Москва, Российская медицинская академия последипломного образования, Минздрав России

Одной из важнейших задач врача-стоматолога является обеспечение безопасности пациента при проведении вмешательств, включающее как профилактику развития осложнений, так и оказание экстренной помощи в случае возникновения неотложных состояний. Использование информационных технологий, с нашей точки зрения, поможет существенно повысить уровень знаний врача-стоматолога в этой области стоматологии, что значительно снизит риск ошибок и осложнений в амбулаторной стоматологической практике.

На кафедре стоматологии Российской медицинской академии последипломного образования были разработаны медико-информационные рекомендации и создана новая информационно — обучающая программа "Профилактика осложнений и экстренная помощь при неотложных состояниях в стоматологической практике".

Первый раздел программы посвящен описанию неотложных состояний, требующих немедленной диагностики и экстренной врачебной помощи. Здесь же описаны и наиболее часто встречающиеся состояния при проведении амбулаторных вмешательств, их этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и способы профилактики их возникновения.

Второй раздел посвящен проведению реанимационных мероприятий по восстановлению и поддержанию основных жизненно-важных функций пациента при терминальных состояниях. Программа имеет высокоинформативные цветные иллюстрации, включающие элементы анимации, что должно обеспечить простоту восприятия и хорошую запоминаемость последовательности действий.

Завершается программа тестом с заданиями по всем вопросам, изложенным в указанных трех разделах, с указанием правильных ответов в случае ошибок. Это позволит осуществлять как самоконтроль, так и оценку знаний персонала клиники, который должен участвовать в оказании экстренной помощи при развитии неотложных состояний. Программа содержит тестовые задания по различным темам. Тестовые задания были разработаны кафедрой стоматологии РМАПО совместно с кафедрой анестезиологии и реаниматологии МГМСУ и кафедрой технологии последипломного обучения РМАПО.

Данная информационно-обучающая программа так же может быть использована в качестве вспомогательного учебника для студентов старших курсов стоматологических факультетов, интернов, клинических ординаторов, при тематическом усовершенствовании врачей-стоматологов, а также руководителей стоматологических клиник, отделений и кабинетов для регулярного тренинга персонала с последующим контролем в этой очень важной области знаний.

СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ КАК МЕХАНИЗМ ЗАЩИТЫ ПРАВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Блашкова С.Л., Саляхова Л.Я., Хузиханов Ф.В.

г. Казань, государственный медицинский университет, государственная медицинская академия

Переход к рыночным отношениям в нашей стране сделал чрезвычайно актуальными такие виды страхования, которым в застойный период вообще не уделялось внимания. Анализ судебной практики показывает, что в условиях развития обязательного медицинского страхования (ОМС) и активизации движения за права потребителей, с одной стороны, и производителей врачебных услуг, с другой, отмечается резкий рост случаев обращения пациентов в судебные органы и региональные общества защиты прав потребителей с исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Во введенном в 1997 г. новом Уголовном кодексе Российской Федерации впервые в практике отечественного здравоохранения предусматривается уголовная ответственность медработника за профессиональное преступление. Врач-стоматолог, осуществляя свою профессиональную деятельность, постоянно подвергается риску применения к нему подобных санкций. Это связано еще и с тем, что успехи медицинской науки привели к значительному усложнению медицинских технологий. По данным исследования европейского опыта функционирования систем здравоохранения, при нанесении ущерба здоровью пациента медицинским персоналом до подачи жалобы дело доходит только в одном случае из восьми, в 90% случаев конфликты, связанные с жалобами пациентов разрешаются по взаимному согласию сторон, и только 10% жалоб доходят до суда. Материальное возмещение получают 45% подавших жалобы.

Наиболее эффективной формой социально-правовой защиты медицинских работников является страхование их профессиональной ответственности. То есть объектами страхования профессиональной ответственности медицинского работника являются риски, связанные с возможностью неумышленного нанесения вреда здоровью лицами, занимающимися медицинской деятельностью. Следует иметь в виду, что право предъявления претензий имеют не только пациенты, которые имели договорные отношения с медперсоналом, но и те, кто не имел таких отношений, но имеет право на предъявление претензий в рамках действующего законодательства.

Что касается форм приема на страхование рисков профессиональной ответственности медицинского работника, каких-либо узаконенных форм заявок практически не существует. Лимит ответственности страховщика увязывается с размером страхового взноса. В ряде случаев ответственность может распределяться между администрацией, лечащим врачом и средним медперсоналом. Пациент, которому причинен физический, а как следствие этого и финансовый ущерб в результате оказанных ему медицинских услуг, имеет право на компенсацию, но только в том случае, если докажет в судебном порядке, что ущерб явился действительно причиной допущенной небрежности со стороны врача или неоказания медицинской помощи.

Таким образом, введение страхования профессиональной ответственности врачей-стоматологов позволит:

лечебным учреждениям системы ОМС исключить выплаты случайного характера, связанные с возмещением вреда жизни и здоровью пациентов, что даст возможность планировать реальное распределение денежных средств, направляемых в лечебные учреждения;

для системы частно-практикующих врачей-стоматологов и частных лечебных учреждений (стоматологические кабинеты) создать реальный финансовый механизм, позволяющий гарантировать выполнение действующего законодательства в части возмещения вреда жизни и здоровью пациентов существенно снизить затраты лечебных учреждений на участие в судебных разбирательствах, так как при наступлении страхового случая претензии будут предъявляться страховой компании.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бондаренко О.В.

г. Барнаул, Алтайский Государственный Медицинский Университет, кафедра терапевтической стоматологии

Изменение иммунологических параметров полости рта оказывает влияние на возникновение заболеваний слизистой оболочки при сахарном диабете (СД). Было обследовано 102 человека с СД I и II типов в различных стадиях без видимой патологии слизистой оболочки полости рта (СОПР). Контрольную группу составили 45 относительно здоровых человек. У них оценивались фагоцитарная активность нейтрофильных гранулоцитов ротовой жидкости с помощью НСТ-теста (М.А. Темирбаев, 1991) с вычислением коэффициента мобилизации (КМ) по И.М. Нестеровой (1980), реакция адсорбции микроорганизмов (РАМ) с различных участков СОПР по Т.А. Беленчук (1997).

Обнаружено, что в группе лиц с СД I значение КМ составляло $1,66 \pm 0,13$ и было достоверно ниже, чем у здоровых ($2,27 \pm 0,16$). В группе с СД II отмечалась тенденция к снижению КМ по сравнению с нормой. Наименьшие значения КМ наблюдались у больных с СД I в стадии компенсации ($1,53 \pm 0,08$, $p > 0,05$). С увеличением длительности заболевания (более 5 лет) наблюдалось достоверное снижение КМ до $1,62 \pm 0,15$. Анализ неспецифической резистентности показал, что средние значения РАМ у больных варьировали от $24,4 \pm 4,0$ до $43,6 \pm 8,6$ и были достоверно ниже, чем у здоровых (от $42,1 \pm 3,8$ до $57,7 \pm 4,0$). При СД I в стадии компенсации РАМ была выше ($p > 0,05$), чем при СД I в стадии декомпенсации. У пациентов, страдающих диабетом до 5 лет, отмечалось достоверное снижение средних значений РАМ на всех участках СОПР в среднем в 1,6 раз по сравнению со здоровыми. Распространенность хорошей и удовлетворительной РАМ, когда эпителиоциты адсорбируют от 25 до 200 бактерий, имела тенденцию к снижению по сравнению с контролем независимо от стадии и длительности заболевания.

Таким образом, у больных СД как I, так и II типов отмечалось снижение неспецифической резистентности СОПР, что свидетельствует об ухудшении ее защитных свойств, особенно при длительном течении заболевания. В то же время стадия компенсации характеризуется достаточно высоким уровнем функциональной активности гранулоцитов и адсорбционных свойств эпителиоцитов.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

Варганова Л.А.

г. Ижевск, медицинская академия

Одной из проблем челюстно-лицевой хирургии является улучшение качества заживления травматических и операционных ран мягких тканей лица. Для решения этой задачи предлагаются различные способы. При этом идет поиск шовных материалов, обеспечивающих оптимизацию течения раневого процесса, фармакологические и немедикаментозные, в частности физиотерапевтические методы воздействия на рану.

В качестве шовного материала при первичной хирургической обработке ран мягких тканей лица нами использована нихромовая нить диаметром 0,2 мм., получившая распространение в абдоминальной хирургии. Данные литературы, а также проведенные нами экспериментальные исследования показали, что реакция тканей на имплантируемый материал (нихромовая монополь) значительно менее выражена по сравнению с традиционными шовными материалами, применяемыми при операциях на лице и сопоставима с полиамидной нитью.

В качестве послеоперационной повязки использовались салфетки, смоченные минеральной водой "Биола". Этот выбор объясняется тем, что, во-первых, эта жидкость обладает достаточной осмотической активностью, что обеспечивает дренирующую функцию, и тем самым, способствует эвакуации экссудата. Во-вторых, как показали проведенные на кафедре микробиологии ИГМА исследования, "Биола" обладает антибактериальной эффективностью по отношению к патогенной и условно-патогенной микрофлоре и стимулирует активность эубионтов, являющихся антагонистом патогенной. Это позволяет в отдельных случаях исключить назначение антибактериальных препаратов (антибиотиков) в комплексной терапии ран.

И, наконец, в послеоперационном периоде на рану проводилось воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением в инфракрасном диапазоне (890 нм.) с лечебной дозой 40 мВт. Назначение этой процедуры определено сведениями о том, что низкоинтенсивная лазерная терапия в указанных параметрах стимулирует регенерацию микроциркуляторного русла и снижает патогенность микрофлоры.

Применение указанного комплекса лечения ран лица согласно клиническим данным и результатам функциональных методов исследования (локальная термометрия и инфракрасная доплерография) приводило к их хорошему заживлению без воспалительных осложнений и формированию качественного косметического рубца.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПОЖИЛЫХ Г. БАРНАУЛА

Васильцова С.В., Токмакова С.И.

г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет

Цель эпидемиологического обследования пожилого населения — выявить распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта в Центральном (I), Индустриальном (II), Ленинском (III), Железнодорожном (IV) и Октябрьском (V) районах г. Барнаула, а также дать их сравнительную характеристику.

Осмотрено всего 250 человек 65-74 лет или 300 секстантов в каждом районе. Состояние тканей пародонта оценивали по индексу CPITN (Ainamo J, 1982 г.), который позволил выявить признаки: интактный пародонт (0), кровоточивость десен (1), зубной камень (2), пародонтальный карман 4-5мм. (3), карман 6 мм и более (4), исключенный секстант (х).

Таблица №1 Структура поражаемости пародонта у пожилых г. Барнаула (% , M±m)

Признаки	I	II	III	IV	V
0	14,0±5,0	2,0±2,0*	2,0±2,0*	4,0±2,8	4,0±2,8
1	78,0±6,0	50,0±7,1*	78,0±5,9√	72,0±6,4√	72,0±6,4√
2	38,0±6,9	56,0±7,1	58,0±7,1*	48,0±7,1	50,0±7,1
3	74,0±6,3	42,0±7,1*	30,0±6,5*	66,0±6,8√#	64,0±6,9√#
4	14,0±5,0	4,0±2,8	2,0±2,0*	16,0±5,2√#	16,0±5,2√#
х	58,0±7,1	86,0±5,0*	70,0±6,5	60,0±7,0√	64,0±6,9√

Примечание: * — достоверное отличие ($p < 0,05$) с I районом, √ — достоверное отличие ($p < 0,05$) со II районом, # — достоверное отличие ($p < 0,05$) с III районом.

Из таблицы №1 следует, что процент встречаемости интактного пародонта очень низкий, а кровоточивости - высокий. Зубной камень отмечался почти у половины исследуемых. Наибольшая распространенность пародонтального кармана 4-5 мм была в I районе, кармана 6 мм и более — в IV и V районах. Признак исключенного секстанта, свидетельствующий об отсутствии зубов, был достаточно высокий во всех районах.

Таблица №2 Интенсивность заболеваний пародонта по секстантам (M±m)

Признак	I	II	III	IV	V
0	0,24+0,08	0,02+0,02*	0,04+0,04*	0,06+0,04	0,08+0,06
1	2,12+0,22	0,98+0,19*	2,06+0,24√	1,7+0,24√	1,86+0,24√
2	0,60+0,12	1,1+0,18*	1,28+0,20*	1,12+0,21*	0,82+0,14
3	1,52+0,19	0,66+0,13*	0,48+0,12*	1,38+0,19√#	1,12+0,16√#
4	0,16+0,06	0,04+0,03	0,06+0,04	0,14+0,05	0,22+0,07√
x	1,5+0,24	3,2+0,28*	2,08+0,29√	1,6+0,25√	1,86+0,25√

Смотри примечание в таблице № 1

По секстантам у пожилых каждого района интактный пародонт встречался крайне редко. Кровоточивостью поражалось 2 и более секстанта в I и III районе. Зубной камень в наибольшем количестве наблюдался в III районе. Наличие кармана 4-5 мм превалировало в I, а 6 и более мм — в IV районе. У признака "исключенный секстант" максимальное значение (3,2) было во II районе.

Таким образом большой процент и количество пораженных секстантов кровоточивостью, зубным камнем и пародонтальным карманом у пожилого населения г.Барнаула, нацеливает на принятие серьезных мер по профилактике и оздоровлению тканей пародонта у данного контингента.

РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Габитов Р.С., Сокольская Д.И., Гаязова А.Д.

Татарстан, г. Казань, кафедра терапевтической стоматологии КГМУ

Большая распространенность и возрастающая интенсивность поражения населения кариесом зубов поднимают вопросы выбора эффективных методов лечения кариеса зубов и его осложнений (Кузьмина Э.М., 2000 г). Эта патология помимо разрушения твердых и мягких тканей зубов приносит ощутимый ущерб эстетическому и функциональному состоянию зубочелюстной системе (Е.В. Боровский, 1997г).

Современные данные о высоком уровне стоматологической заболеваемости делают крайне важным и актуальным поиск путей и совершенствование методов повышения качества стоматологической помощи, оказываемой населению страны и поддержание ее на высоком уровне. Одной из прогрессивных и перспективных сторон стоматологической помощи в настоящее время является внедрение в практику врача-стоматолога критериев качества диагностики и лечения неосложненных и осложненных форм кариеса зубов в виде протоколов.

Основная цель разработки и внедрения критериев качества в практику врачей-стоматологов — это повышение эффективности лечения больных с кариесом зубов и его осложнениями посредством систематизации современных подходов к тактике ведения больных и унификации оптимальных режимов лечебно-диагностического процесса. В настоящее время нами проводится определение клинической эффективности разработанных критериев качества диагностики, лечения кариеса зубов и его осложнений для г. Казани. Критерии качества представляют собой протоколы, состоящие из необходимых, законченных, полных и научно обоснованных алгоритмов действий по каждой нозологической форме. Авторами определялась эффективность критериев качества повышением показателей практического, качественного уровня работы поликлинического стоматолога при диагностике и лечении кариеса зубов и его осложнений.

Для определения содержания протоколов лечения нами выявлялись наиболее распространенные виды и способы диагностики и лечения кариеса зубов и его осложнений методом анкетирования врачей-стоматологов терапевтических отделений стоматологических поликлиник г. Казани. Эти данные сопоставлялись с результатами экспертной оценки материалов амбулаторных карт пациентов, лечившихся по поводу кариеса зубов и его осложнений. Статистическая обработка полученных материалов позволила нам определить и сформулировать необходимые критерии качества лечения кариеса и его осложнений и их эффективность. Наши рекомендации, представленные врачам-стоматологам терапевтам по диагностике и лечению кариеса зубов и его осложнений, применялись в стоматологических поликлиниках г. Казани.

Повторное изучение эффективности лечения методом анкетирования врачей и экспертной оценки материала амбулаторных карт показало возрастание эффективности лечения кариеса зубов и его осложнений в среднем на 27,2%

ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Галикеева А.Ш., Буляков Р.Т., Саляхова Г.А., Макарова В.М., Тухватуллина Д.Н.

г. Уфа, Республиканская стоматологическая поликлиника,

Анализируя современное состояние исследований в области этиологии и патогенеза пародонтита, следует признать, что на сегодняшний день отсутствует концепция единой причины возникновения заболевания.

Целью исследования явилось изучение общесоматического состояния и результатов клиничко-лабораторных исследований пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП).

Материал и методы: для решения поставленных задач нами было обследовано 133 человека, в том числе 69 мужчин и 64 женщины, в возрасте от 18 до 60 лет с ХГП легкой степени тяжести 29 человек, средней степени — 63, тяжелой — 41. Контрольную группу составили 43 человека с клинически здоровым пародонтом. Оценку общесоматического состояния проводили на основании анкетирования больного, изучения историей болезни пациентов, анализа результатов клиничко-лабораторных исследований.

Результаты исследования: сопутствующая соматическая патология была выявлена у 99 пациентов, что составило 74%. Из 29 пациентов с легкой степенью ХГП четверо (13,7%) имели в анамнезе соматическую патологию. Из 64 пациентов с ХГП средней степени тяжести 54 (85,7%) имели сопутствующую патологию, у 5 лиц — ЛОР - органов, у 9 — болезни сердечно-сосудистой системы (ССС) и у 13 — болезни опорно-двигательного аппарата. В группе пациентов с ХГП тяжелой степени сопутствующую патологию имели все, т.е. 41 человек (100,0%). Среди них отмечено у 23 имелись заболевания желудочно-кишечного тракта, у 6 — ЛОР-органов, у 19 — заболевания опорно-двигательного аппарата, у 18 — болезни ССС и у 5 — эндокринные заболевания.

В результате изучения анализов крови выявлено, что среднее содержание гемоглобина при всех формах пародонтита было ниже нормы. Среднее число лейкоцитов у обследованных изменилось в сторону снижения. Наиболее заметным сдвигом в лейкоцитарной формуле оказалось увеличение средних значений и количества сегментоядерных нейтрофилов, моноцитов и эозинофилов. Увеличение СОЭ наблюдалось при обострении хронического процесса и абсцедировании у 28 пациентов (26,4%) у лиц с тяжелой степенью ХГП. Изучение биохимических анализов крови показало, что активность щелочной фосфатазы и содержание креатинина находятся в пределах нормы, либо на ее верхней границе, хотя с увеличением тяжести заболевания содержание креатинина снижается.

Изучение соматической патологии у больных ХГП в исследуемых группах показывает, что чем выше степень поражения пародонта, тем чаще ХГП сочетается с другими системными заболеваниями организма. Результаты лабораторных исследований крови больных ХГП выявили сдвиги гематологических показателей, которые дают основание говорить о наличии признаков хронической интоксикации и сенсibilизации организма.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ

Гасимова З.В.

Республика Азербайджан, г. Баку, медицинский университет, кафедра стоматологии

В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению зубочелюстных аномалий не только у лиц детского возраста, но у и подростков и взрослых, с соответствующими последствиями функционального и эстетического характера.

По данным литературы и нашему опыту работы, оказание ортодонтической помощи взрослым и подросткам, с учетом значительной распространенности ортодонтической патологии, отражающейся локально и в целом на состоянии организма, является весьма актуальной проблемой и по сей день остается в центре внимания не только ортодонт, но и других врачей.

Обоснованием актуальности проблемы является прежде всего и сложность аппаратного лечения аномалий у взрослых, обусловленная длительной перестройкой кости, более низким уровнем адаптации к аппарату. Кроме того, у взрослых практически невозможно регулировать рост челюстных костей, что ортодонтами успешно практикуется в детском возрасте. И, главное, зубочелюстные аномалии у взрослых, как правило, сопровождаются кариесом, потерей зубов, изменениями в пародонте, заболеваниями ВЧНС, и др. В связи с этим, увеличивается продолжительность активного и ретенционного периода, учащаются рецидивы, возникает необходимость гиперкоррекции и потребность применения комплексного лечения с привлечением врачей-стоматологов других профилей: терапевтов, пародонтологов, ортопедов и хирургов.

Нами в Азербайджане проведено комплексное обследование и лечение 580 пациентов, из них 370 подростков (158 мужского пола, 212 женского) и 210 взрослых (45 мужчин, 165 женщин), включающее: клинический, антропометрический, фотометрический, биометрический и рентгенографический методы, а также изучение гигиены полости рта.

Широкое применение в мировой ортодонтической практике эффективной несъемной эджайз-техники внедрено нами в практику лечения зубочелюстных аномалий еще с 1997 г., а в последние годы используется и лингвальная техника.

На современном этапе подходов к устранению зубочелюстных аномалий у взрослых и подростков, целесообразным является сочетание методов клинико-рентгенологической и функциональной диагностики, а также комплексное стоматологическое лечение, позволяющее повысить качество ортодонтического лечения, сократить его сроки, улучшить функциональные и эсте-

тические результаты, восстановить гармоничное состояние лица. При этом важно и сохранение результатов лечения, для чего необходимо применение ретенционных аппаратов.

ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Гринькова И. Ю.

г. Екатеринбург, Уральская Государственная медицинская академия

Посещение врача-стоматолога практически для всех пациентов представляет собой сочетание психологического и болевого стрессовых факторов, что может провоцировать общесоматические осложнения. Ситуация усугубляется тем фактором, что по данным литературы 30-75% пациентов стоматологических клиник имеютотягощенный общесоматический анамнез. Использование местных анестетиков в композиции с вазоконстрикторами на фоне имеющейся патологии может привести к нежелательным последствиям. Однако, на наш взгляд, основная причина возникновения неотложных состояний — это неадекватная оценка психосоматического состояния пациента на стоматологическом приеме и отсутствие мер профилактики. Одним из путей решения этой проблемы мы видим в использовании новой медико-биологической технологии, позволяющей на основании измерений биоэлектрромагнитной реактивности живых тканей проводить скрининг-диагностику психосоматического статуса пациента. В основе указанной технологии лежат два принципа: билатеральная функциональная асимметрия организма человека, обусловленная преобладанием регулирующих функций полушарий головного мозга и отделов вегетативной нервной системы. Суть второго принципа — клетки живых тканей могут преобразовывать наведенные в них внешние электромагнитные низкочастотные поля импульсного модулированного характера, т.е. обладают биоэлектромагнитной реактивностью. За оценочный критерий функционального состояния живых тканей мы взяли индекс биоэлектромагнитной реактивности парных точек симметричных органов, отражающих функциональное и морфологическое состояние органа при различных психофизиологических состояниях организма. Измерения проводились в синокаротидной зоне и точках Хе-Лу. Методика использовалась нами для оценки психофизиологического состояния пациента и складывалась из нескольких параметров: функционального состояния кро-

ви, ВНС, расчета текущей эмоциональной устойчивости, индекса психофизиологического состояния. Измерения проводились экспертно-диагностический комплексом "Лира-100", работающим на основе импульсных сложно-модулированных электромагнитных полей, соединенным с компьютером. Полученная система заключений позволила обосновать данные об индивидуальной реакции организма на факт посещения стоматологической клиники, фармакологических препаратах и анестетиках, используемых в клинической практике стоматолога, обосновать профилактические мероприятия.

ЗАТЯЖНОЕ ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА СТИВЕНСОНА-ДЖОНСОНА

Гусейнова Т.Г., Зейналов Г.И., Мусаев С.К.

Республика Азербайджан, г. Баку, Медицинский университет, кафедра стоматологии

Вопросы этиологии диагностики и лечения синдрома Стивенсона-Джонсона изучены недостаточно и дискуссионны.

Представляет интерес случай диагностики и лечения затяжного течения синдрома Стивенсона-Джонсона наблюдаемый в нашей практике.

Больная М.С. 48 лет, была направлена в стоматологическую клинику из НИИ онкологии При обращении жалобы больной были сосредоточены вокруг обезображенного состояния губ, длительно сохраняющемся их увеличении, болезненности и кровоточивости, усиливающихся при речи и приеме пищи. Как выяснилось, больная страдает более полугода. Ранее перенесла острое респираторное заболевание. Самостоятельно, а потом и по назначению врача принимала различные медикаменты. Далее больная стала ощущать болезненность в области глаз и ухудшение зрения, на основании чего был поставлен диагноз "Транссудативная отслойка сетчатки обоих глаз" и назначено соответствующее лечение

В последующем, больная стала замечать появление частых быстро вскрывающихся пузырных образований в области губ, их припухание, покраснение, кровоточивость, усложняющие прием пищи болью и жжением. Применяла при этом предложенные ей местные виды лечения, что не облегчило ее состояние. При осмотре лица и полости рта выявлены: бледность кожных покровов, обезображенная форма губ впоследствии их отека, ярко выраженной гиперемии с нарушением четкости границ красной каймы, эрозивные кровоточащие поверхности покрытые пленчатым гнойным налетом

Общее обследование больной выявило сопутствующие заболевания: увеит, неврастения, киста яичника.

Морфологическими исследованиями мазков-отпечатков выявлен гемолиз большинства эритроцитов, массивное скопление сегментоядерных лейкоцитов с разрушенными ядрами и поврежденной цитоплазмой.

Основываясь на данных комплексного обследования больной, был установлен диагноз синдрома Стивенсона-Джонсона, на наш взгляд, обусловленный медикаментозным фоном организма. Далее, было назначено комплексное лечение, включающее запрещение приема медикаментов, употребление витаминизированной диеты и психотерапия, обнадёживающих выздоровление больной; местно — применение средств, исключающих фактор раздражений, способствующих заживлению эрозивных поверхностей губ и улучшению состояния пациентки, возвращенной к жизненно-трудовому ритму..

ОПЫТ НЕОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ ЗУБОВ

Каримов Р.Р., Мирзаева Г.Ф., Ямалетдинов А.Ш., Сираев У.Р.
г. Уфа. Башкирский Государственный Медицинский Университет, стоматологический факультет, Республиканская стоматологическая поликлиника.

Несмотря на достижения современной эндодонтии, в основном устранение околокорневых кист и гранулем ориентировано на их хирургическое лечение и нередко игнорируются возможности эндоканального воздействия на околоверхушечные ткани зуба.

Периапикальное разряжение является реакцией организма на присутствие микроорганизмов в канале, которые высвобождают продукты своей жизнедеятельности, антигены из распавшихся клеток через апикальное отверстие воздействуют на близлежащие ткани.

Неоспоримость необходимости obturation корневого канала как заключительного этапа лечения периодонтита однозначна, в тоже время при терапии деструктивных форм периодонтита возникает необходимость воздействия на периапикальные ткани с целью предотвращения воспалительно-деструктивного процесса в стадию пролиферации. Наиболее подходящими для этой цели являются нетвердеющие пасты.

Целью нашего исследования была клиническая оценка паст для временно-пломбирования каналов Grіnozole (Септодонт) и отечественного препарата Йодекс (Владмива) при лечении деструктивных форм периодонтита.

Нами проведено лечение по поводу хронического гранулематозного периодонтита и околокорневых кист 19 зубов с применением Grīnozole, 21 зуб с применением Иодекса и 15 зубов, леченных односеансовым методом, составила контрольная группа.

После соответствующей эндодонтической обработки канал заполняли пастой для временного пломбирования. Для рентгеноконтрастности в Grīnozole добавляли сульфат бария. Спустя 7-10 дней проводили контрольное рентгенологическое обследование после пломбирования канала. Канал зуба obturировали пастой Кортисомол с гуттаперчевыми штифтами.

Контроль лечения после окончательной obtурации канала проводился через 1-3-6 мес.

В результате проведенного лечения в 4-х (7,2%) случаях пришлось провести хирургическое лечение. При применении пасты Grīnozole в результате рентгенологического контроля уже через 3 месяца в 17 случаях (89,5%) отмечалось уменьшение очага деструкции с образованием трабекулярных просветлений внутри очага деструкции. При применении Иодекса в 18 случаях (94,5%) произошло частичное восстановление периодонтальной щели, а также замещение костного дефекта грубоволокнистой соединительной тканью.

В результате лечения односеансовым методом происходило уменьшение периапикального очага деструкции преимущественно за счет увеличения периферического ободка остеосклероза. Во всех случаях клинически благоприятная тенденция сохранялась на протяжении всех 6 месяцев.

Таким образом, использование пасты Grīnozole и Иодекс показали эффективность их применения, подтвержденные положительными результатами.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕНТО-АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ТРАВМЫ

Корж Г.М.

г. Воронеж, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Целью исследования является повышение эффективности лечения денто-альвеолярной травмы с комплексным использованием современных технологий.

Проведено лечение пострадавших с различными вариантами повреждений. На первом этапе осуществлялась клиническая, лучевая и электрофизиологическая диагностика для оценки структурно-функциональных изменений зоны повреждения. Комплекс лечебных мероприятий включал: 1. репо-

зицию и фиксацию костных фрагментов, зубов в анатомическом положении; 2. лазерокоррекцию/эксцизию мягкотканых образований; 3. "герметизацию" раневой поверхности лазерокоагуляцией; 4. эндодонтические, реставрационные, ортопедические и ортодонтические методики.

При выполнении хирургических вмешательств использовали лазерное излучение (аппарат "LST-20/01") с варьируемыми параметрами в зависимости от поставленных целей (диаметр пятна на биоткани, режим работы, мощность, длительность импульса, экспозиция). При наличии костных полостей применяли "миксер" — методику для равномерного распределения композитных материалов в кровяном сгустке. Дополнительно на раневую поверхность накладывали кератопластические средства, биоклей.

Для фиксации костно-дентальных фрагментов применялась несъемная ортодонтическая техника или стекловолоконное армирование, что позволяет обеспечить адекватные структурные денто-парадонтальные взаимоотношения, осуществлять мобильную коррекцию, кратные санационные мероприятия, контактные методики физиолечения, физиологически обоснованные функциональные нагрузки.

В раннем посттравматическом/постоперационном периоде применяли методику ЧЭНС и электромагнитной стимуляции с электрофоретическим введением лекарственных препаратов, что позволяет осуществлять целенаправленное введение лекарственного препарата и одномоментную стимуляцию мягких тканей со стороны кожи лица и периостального отдела непосредственно в зоне повреждения (Патент РФ №2147895).

Анализ лечения пострадавших указывает на оптимизацию сроков заживления костной и мягкотканой раны, снижение количества осложнений, более высокий показатель сохранения окклюзионных взаимоотношений и анатомического рельефа тканей и зубов при различных повреждениях, соответственно, функционального и эстетического компонента, снижение интраоперационной кровопотери.

Рациональная интеграция современных технологий в комплексном лечении денто-альвеолярной травмы позволяет добиться полноценной анатомофункциональной и эстетической реабилитации, сократить сроки лечебно-реабилитационных мероприятий и несет зубосохраняющую направленность.

ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЦВЕТА ЗУБОВ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ

Кунин А.А., Сарычева И.Н.

г. Воронеж, Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко, кафедра терапевтической стоматологии

Проблемы эстетической стоматологии требуют объективных методов оценки изменений цвета твердых тканей фронтальной группы зубов. Существующая визуальная оценка цвета зуба и реставрационного материала зависит как от индивидуального цветовосприятия, так и от светового климата помещения. Объективная оценка цвета для задач промышленного характера решена методом спектроколориметрии. Для решения стоматологической проблемы и проверки правомерности применения спектроколориметрии на фронтальной группе 45 зубов была проведена серия модельных экспериментов на ранее удаленных зубах. Зуб освещался стандартным источником и закреплялся в универсальном держателе в фокальной плоскости входного коллиматора спектрофотометра. Получены спектры отражения в пришеечной области, области тела, и режущего края фронтальной группы зубов. Составляющими этих спектров являются как спектры отражения эмали, так и спектры отражения дентина. Для выявления вклада дентина в спектр отражения был выполнен сагиттальный разрез зубов по центру. Получение спектра отражения дентина проводилось по аналогии с получением спектра эмали.

После математической обработки спектров можно сделать следующие выводы:

Все спектры имеют различную форму.

На цветовом графике каждому спектру соответствует своя координатная точка.

Выявлено объективное отличие цвета пришеечной области, области тела и режущего края на единицы цветовых порогов.

Результаты проведенных исследований показывают, что колориметрическое преобразование спектра отражения в координаты цветности является объективным и информативным инструментом при проведении реставрационных работ. Для получения колориметрической информации на зубах разработано связующее звено зуб - спектрофотометр. Исследование проводилось на 50 зубах фронтальной группы непосредственно в полости рта.

На основании проведенных экспериментов разработана микронасадка, представляющая собой фотометрический шар (ФМ) с тремя отверстиями. Первое представляет собой входное окно, которым ФМ фиксируется на выбранном участке поверхности зуба, одновременно изолируя его. Два других — это окна входного фланца микросветододов. Первый световод служит ис-

точником освещения исследуемой поверхности, второй канализирует отраженный от поверхности зуба свет на входную щель спектрофотометра.

Предлагаемая методика позволяет объективно оценить цвет зубов непосредственно в полости рта и ранее удаленных зубов, микрообразцов реставрационного материала, а также цвет слизистой оболочки полости рта.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДА И МЕДОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Курякина Н.В., Алексеева О.А.

*г. Рязань, Рязанский государственный медицинский университет им. акад.
И.П. Павлова, кафедра терапевтической и детской стоматологии.*

Мед издавна применяется в качестве питательного, лечебного и профилактического средства. О целебных свойствах меда упоминается еще до нашей эры, его использовали в терапевтических целях для лечения многих заболеваний как внутрь, так и местно. В состав меда входят более 300 веществ: углеводы, органические кислоты и их соли, азотистые соединения (аминокислоты), белки, амины, амиды, минеральные вещества, витамины, гормоны, ферменты, высшие спирты, эфирные масла, красящие вещества, стиролы и т.д. Он обладает иммунобиологическим, противобактериальным, противовоспалительным, регенерирующим, болеутоляющим, седативным, гипосенсибилизирующим действиями.

Кафедрой терапевтической и детской стоматологии Рязанского медицинского университета используются указанные свойства меда в следующих методиках при лечении пародонтологических больных:

Для ирригации полости рта при катаральном гингивите и хроническом пародонтите, а также после кюретажа пародонтальных карманов применяется "Медовая вода", состоящая из отвара эвкалипта или зверобоя и 2-х столовых ложек "Апитока" (натуральный мед с прополисом). Ее используют также в виде аппликаций на десну.

После оперативного вмешательства используют следующую смесь для аппликаций на область раны из винилина — 50 г; "Апитока" — 50 г; масла ромашки — 25 г; витамина А масляного раствора — 25 г. Кроме того, при заболеваниях пародонта используют: 30% раствор "Апитока" в виде электрофореза на десну; ротовые ванночки из "Апитока" в холодном отваре ромашки или зеленого чая, "Апилак" (смесь меда и маточного молочка) в виде суб-

лингвальных таблеток; а также широко используются смеси меда с водой, отварами трав, чаем, прополисом, пыльцой, маточным молочком и пергой в определенных пропорциях.

Проведенные исследования показали, что использование меда при лечении заболеваний пародонта приводит к улучшению микроциркуляции и регенерации тканей десны, уменьшению всех признаков воспаления. Кроме того, мед является естественным и натуральным продуктом, биологически совместимым с тканями человека, что практически исключает различные побочные эффекты, зачастую присущие другим синтетическим медикаментам. Единственным противопоказанием к его применению является аллергия на апипродукты.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Лукавенко А.В.

*г. Санкт-Петербург, Стоматологическая поликлиника СПбГМУ им. акад.
И.П.Павлова*

Одним из основных факторов, ведущих к патологическим изменениям тканей пародонта, является нарушение микроциркуляции пародонта, вызванное травмирующим действием коротких уздечек губ, мелкого преддверия полости рта, тяжелой переходной складки.

Традиционно для исправления этих аномалий используются классические хирургические методы. Френулоэктомию — иссечение уздечки с перемещением слизисто-надкостничного лоскута производят двумя полуовальными разрезами с последующей вертикальной компактоosteотомией между центральными режцами, слизистую оболочку десны с обеих сторон мобилизуют, сближают края раны и накладывают швы. При невозможности сближения производят пластику десны встречными треугольными лоскутами по Лимбергу. Применяются V-, Y- и Z-образные разрезы.

Рядом авторов (Казаньян В.Н., Edlan A. и Mejchar B., Glickman I., Robinson R.E., Bernimoulin S., Артюшкевич А.С., Иванов В.С. и др.) были предложены различные модификации френуло- и вестибулопластики. Но все эти операции имеют ряд недостатков, в связи с чем продолжается поиск новых методов. До 70-х годов единственным инструментом в руках врача для проведения данных операций был обычный хирургический скальпель. Достижения отечественной и зарубежной квантовой физики середины прошлого века позволили заменить его на световод лазерной установки.

На базе кафедры терапевтической стоматологии более 2 лет проводится коррекция коротких уздечек губ, тяжей и мелкого преддверия полости рта с применением высокоинтенсивного лазерного излучения аппарата отечественного производства.

Узкое фокусирование света лазера позволяет производить четко локализованное контролируемое рассеечение тканей (слизистой оболочки). Облучение лазером вызывает образование коагуляционной пленки на раневой поверхности вследствие повышения температуры в зоне облучения и денатурации белков. И именно эта пленка препятствует дальнейшему поглощению тепла подлежащими тканями. Помимо коагуляции происходит поглощение энергии кровью и активация системы комплемента, чем достигается гемостаз во время и после операции. Послеоперационный период отличается минимальной выраженностью боли, практическим отсутствием отеков тканей операционного поля, сроки заживления значительно сокращаются. Несравненно меньшая активация соединительной ткани приводит к практическому отсутствию рубцовых изменений, что лучше фиксирует результат пластики. Быстрота проведения операции играет особую роль и для врача, и для пациента. Все вышеизложенное подтверждает перспективность данного метода, исследовательская работа продолжается.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЗОНЕ ПЕРЕЛОМА МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ

Мальцев А.Ю.

г. Ижевск, медицинская академия

Известно, при травматических переломах костей происходит нарушение микроциркуляции в зоне повреждения, что задерживает динамику консолидации. При этом процессы репарации костной ткани находятся в зависимости от скорости восстановления кровообращения. Поэтому результаты исследования состояния микроциркуляторного русла могут служить одним из показателей динамики заживления перелома.

Проведен анализ восстановления микроциркуляции методом инфракрасной доплеровской флуометрии. у 100 больных с закрытыми переломами мышцелкового отростка нижней челюсти. Все больные были разделены на три группы: первая — 60 человек, репозиция и фиксация отломков у кото-

рой производилась при помощи разработанного нами компрессионно-дистракционного устройства; вторая группа — 20 больных, лечение которых проводилось при помощи ортопедических конструкций (двучелюстные проволочные шины); третью группу составили 20 пациентов, которым производилось оперативное лечение — остеосинтез проволочным швом. Исследование проводили в день поступления больного до начала лечебных мероприятий, а затем на 7, 14, 21 и 28 день.

При анализе полученных результатов выявлено, что у больных 1 и 2 групп на 7 - 14 дни появляются более ритмичные и упорядоченные осцилляции, однако, еще не соответствующие нормальной картине. У больных 3 группы такая картина появлялась лишь на 28 день. Следует отметить, что даже на 28 день ни в одном случае во всех группах не наступало полного восстановления микроциркуляции. Однако при сравнении показателей, полученных у различных групп больных, определяется, что у пациентов первой и второй групп динамика нормализации осцилляций была сопоставимой и проявлялась достоверно более выраженной, чем у пациентов третьей группы. Это объясняется тем, что при оперативном вмешательстве происходит дополнительное разрушение сосудистого русла, кроме того, присоединяется воспалительный компонент, в патогенезе которого наряду с другими лежат и микроциркуляторные нарушения.

Таким образом, восстановление микроциркуляторной гемодинамики у больных, которым при лечении перелома мышечкового отростка применялся компрессионно-дистракционный аппарат происходило в такие же сроки, как и у больных, у которых при лечении этих повреждений использовался ортопедический метод.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРТИКАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ГИНГИВИТЕ

Мухамеджанова Л.Р., Абдульянов В.А.

Республика Татарстан, г. Казань, Казанский государственный медицинский университет

Известно, что при воспалительных заболеваниях пародонта имеет место резорбция костной ткани альвеолярного отростка челюстей, приводящая к потере кортикальной пластинки и формированию очагов остеопороза в губ-

чатом веществе кости. При длительно текущих формах хронического катарального гингивита (КГ) происходят патоморфологические изменения в костной ткани, локализующиеся преимущественно в кортикальном и субкортикальном слоях кости. В литературе мы не нашли сведений, касающихся прижизненной морфологической диагностики нарушений структуры кортикальной пластинки при КГ.

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологических особенностей кортикального остеопороза альвеолярного отростка челюстей при КГ.

Материалом для исследования служили 64 фрагмента костной ткани альвеолярного гребня, полученные в процессе удаления зубов путем скусывания корневыми щипцами. Во всех случаях был диагностирован КГ. Зубы были удалены по ортодонтическим показаниям (24) и по причине периапикальных воспалительных процессов (40). Срезы окрашивали гематоксилином и эозином. С целью контроля был проведен гистологический анализ 34 срезов костной ткани альвеолярного отростка пациентов с интактным пародонтом, полученных в результате удаления зубов по ортодонтическим показаниям.

При гистологическом анализе срезов были выявлены следующие типы изменений: а) в 21 случае полости резорбции в кортикальном слое имели продолговатую форму, были расположены параллельно поверхности кости. В поле зрения выявлялось 1-2 полости с расположенными по периферии остеокластами. Такая картина эндокортикального остеопороза характерна для ранних сроков течения КГ. б) в 20 случаях полости резорбции в кортикальном слое имели четкую шарообразную форму, от 3 до 5 в поле зрения, "врастающие" из губчатого слоя. Полости резорбции выполнены волокнистыми структурами, расположенными концентрически (7 случаев) или петлеобразно (13 случаев). В 14 случаях в полостях резорбции располагались остеокласты, в 6 случаях они отсутствовали. Вышеописанные явления эндо- и субкортикального остеопороза характерны для длительно текущих форм КГ. в) в 23 случаях выявлено одновременное присутствие продолговатых и шарообразных полостей. Эти изменения также характерны для длительно текущих форм КГ.

Таким образом, при КГ происходят изменения в кортикальном и субкортикальном слоях, что требует внесения в план лечения мероприятий, корригирующих состояние костной ткани.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

Немирич В.В., Яцкевич Е.Е., Мамедов, Ад.А.

г. Москва, ММА им. И.М. Сеченова, кафедра стоматологии детского возраста

В период полового созревания у подростков повышается содержание кортизола в слюне, снижается местный иммунитет полости рта и угнетаются процессы заживления и иммунного ответа. Проблема лечения хронических гингивитов у детей в период полового созревания занимает одно из существенных мест в стоматологии детского возраста. Лечение заболеваний пародонта у детей должно иметь комплексный характер и направлено на ликвидацию воспалительного процесса в пародонте. Остроту воспалительного процесса и его особенности определяет реактивность организма пациента. Лечение преследует следующие цели: ликвидировать воспаление тканей пародонта, приостановить дистрофические процессы, восстановить нарушенную функцию тканей пародонта, стимулировать процесс регенерации, сохранить зубной ряд как единую динамическую систему, исключить наиболее вероятные патологические факторы. С целью медикаментозного воздействия на патологический очаг используются различные группы лекарственных препаратов. Для лечения хронического гингивита у детей применяются противовоспалительные, противоотёчные и ферментные препараты: метрогил-дента, корсодил, трипсин, пансорал, имудон и другие.

В свете современных взглядов на патофизиологический процесс развития хронического гингивита у детей в период полового созревания логичен комплексный подход к лечению, включающий иммунологический путь решения проблемы, который позволит получить лечебный эффект и способствовать предупреждению развития рецидивов. На сегодняшний день в современной литературе нет данных о применении современного иммунного модулятора у детей, который не обладает побочными эффектами, у которого нет противопоказаний к применению, применяемого только местно, хорошо всасываемого слизистой оболочкой полости рта, одновременно обладающего противовоспалительной и противовирусной активностью, к тому же имеющего благоприятное влияние на процессы регенерации. Таким препаратом является отечественный иммуномодулятор "Тепон".

Тепон является иммуномодулятором, утверждён фармкомитетом МЗ РФ 12 апреля 2001 г., протокол №6, регистрационный номер: Р №000015/04-2001. Препарат представляет собой синтетический пептид, растворим в воде, хорошо всасывается слизистой оболочкой полости рта, оказывает выраженное противовоспалительное действие, не имеет противопоказаний к применению, разрешён к применению у детей с 12 лет, побочных действий у препа-

рата не обнаружено. Назначается местно в виде аппликаций, примочек, орошений. Под нашим наблюдением в клинике кафедры стоматологии детского возраста ММА им. И.М. Сеченова находятся дети 12-14 лет с хроническим катаральным гингивитом, которым определяются пародонтальные индексы, проводится стоматологическое обследование, применяется препарат Гепон по схеме 1 аппликация 1 раз в день, 3 процедуры через день в течение 5-6 дней. На кафедре стоматологии детского возраста ММА им. И.М. Сеченова проводится лечебно-профилактическая работа с применением препарата Гепон у детей и подростков старше 12 лет. Результаты наших дальнейших исследований будут изложены в последующих публикациях.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Овсебян А.П.

г. Москва, главный врач и руководитель учебного центра "БиоСан ТМС", врач-консультант компании "Дентсплай"

За последнее десятилетие с внедрением новых технологий в эндодонтии произошли революционные изменения.

Одним из действительно революционных новшеств стало внедрение в эндодонтическую практику NiTi (никель-титановых) вращающихся инструментов, таких как ПроФайлы, ДжиТи Файлы а позже и ПроТейперов. За неполные 10 лет с момента их внедрения, даже самые консервативные эндодонты по достоинству оценили эти инструменты и технологию их применения. Гениальна уже сама идея создания полновращающегося инструмента из NiTi сплава с различной конусностью, которая изменила взгляды на многие аспекты эндодонтического лечения. Конечно же за эти годы NiTi инструменты несколько раз усовершенствовались и инструменты последнего поколения отличаются более высокой степенью безопасности и износоустойчивостью.

Применяя комбинированную технику препарирования корневых каналов с использованием инструментов с различной конусностью, включая ручное прохождение файлами и модификации различных индивидуальных техник, дало возможность устранить многие проблемы, которые возникали при эндодонтическом лечении в первые годы появления вращающихся инструментов.

Естественно технология использования NiTi инструментов невозможна без соответствующих приводов, обеспечивающих постоянную скорость вращения.

Первыми такими приводами, которые применялись с NiTi инструментами были пневматические моторы, которые обеспечивали постоянное полное

вращение и необходимую скорость, но они обладали рядом серьезных недостатков. Появилась необходимость в новых приводах. Предпочтительнее оказались электромоторы, которые обеспечивают более постоянное вращение с фиксированным количеством оборотов, менее шумные, чем пневмотурбины и обладают более плавным ходом.

Поскольку электромоторы стали весьма популярны, то они постоянно усовершенствовались и уже сегодня имеются электромоторы не только с контролируемым моментом вращения, но и программируемым, если это необходимо.

Говоря об апекслокаторах необходимо отметить, что апекс-локаторы предыдущего поколения имели ряд существенных недостатков. Показания их искажались при наличии в канале слюны, крови, растворов электролитов, подобных гипохлориду натрия. Третье, поколение апекс-локаторов преодолело большинство из этих недостатков. Они удобны в использовании, требуют минимальной калибровки и дают точные показания в любой среде. Более важным является тот факт, что современные апекс-локаторы могут дать более достоверную картину, чем рентгеновское изображение.

Цифровая рентгенография явилась революционным шагом в клинической диагностике возможно в гораздо большей степени, чем любое из вышеупомянутых усовершенствований. Кабинет стоматолога без рентгеновских пленок и химических реактивов уже сегодня не мечта, а реальность. Исторически внедрение цифровой рентгенографии в практику было связано с проблемой рентгеновского облучения. Преимущества цифрового изображения очевидны. Для пациентов это уменьшение рентгеновского облучения на 60-90%, что снимает их обеспокоенность. Пациенты также имеют возможность увидеть рентгеновское изображение своего зуба на большом экране монитора. Врач и пациент совместно обсуждают клиническую ситуацию и составляют план лечения.

Таким образом можно с уверенностью сказать, что на сегодняшний день имеются все средства и возможности для того, чтобы сделать результат эндодонтического лечения предсказуемым, а значит эффективным, быстрым и самое главное качественным.

ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЗОНЕ УДАЛЕННОГО ЗУБА У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Пермякова Н.Е.

г. Ижевск, медицинская академия

Одной из важных проблем стоматологии является предупреждение кровотечений после удаления зубов у пациентов, страдающих гемофилией. Имеется ряд предложений, направленных на профилактику этого грозного осложнения.

Поставлена задача, изучить возможность профилактики луночковых кровотечений у пациентов группы риска с помощью консервированной плаценты.

Наблюдались 18 больных с гемофилией А и 10 пациентов с гемофилией В. По степеням тяжести больные распределялись следующим образом: с легкой степенью гемофилии 16 человек; со средней степенью — 7 и с тяжелой степенью. У 28 больных было произведено удаление 36 зубов по поводу хронического периодонтита. Все больные находились на стационарном лечении в гематологическом отделении 1 Республиканской клинической больницы. Перед удалением зубов всем больным проводилось полноценное гематологическое обследование и стоматологический осмотр. Перед удалением зубов всем больным проводилось введение криопреципитата по схеме согласно назначению врача-гематолога. Удаление зубов проводилось под местным обезболиванием. После удаления лунка тщательно ревизировалась и слизистая над ней ушивалась. В 16 случаях после удаления зуба перед ушиванием в лунку помещалась полоска консервированной аллоплаценты. Наблюдение за ходом заживления проводился на протяжении 15 дней. Проводилось измерение локальной термометрии с помощью аппарата ТПЭМ-1, исследование восстановления микроциркуляции методом инфракрасной доплерографии, а также исследование смешанной слюны на выявление скрытого кровотечения с применением гидропероксидной пробы.

После 20 удалений зубов без использования плаценты в 5 наблюдениях отмечалось вторичное кровотечение, возникшее спустя 2 - 3 дня после операции, которое удалось остановить путем введения криопреципитата и антигемофильной плазмы. После использования аллоплаценты ни в одном случае не отмечались вторичные кровотечения. По данным гидропероксидной пробы скрытое кровотечение у больных группы сравнения отмечалось до 9 дней, тогда как у основной группы пациентов скрытое кровотечение продолжалось до 6 дней. Результаты исследований локальной термометрии и инфракрасной доплерографии также показали более благоприятное заживление лунки у основной группы больных.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННОГО ДОППЛЕРОГРАФА НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Рисованная О.Н., Рисованный С.И., Шмыгленко Е.А

г. Краснодар, Кубанская Государственная медицинская академия

При изучении патогенеза воспалительных заболеваний в полости рта значительное внимание уделяется нарушениям микроциркуляции, центральным звеном которой является капиллярный кровоток. Для выявления звеньев микроциркуляторных нарушений в патологическом механизме заболеваний необходимы данные оценки степени микроциркуляции в норме.

Целью данного исследования явилось изучение состояния капиллярного кровотока в клинически интактном пародонте в зонах десны. Показатели микроциркуляции определяли в 3-х зонах десны: маргинальной десне (МД), прикрепленной десне (ПД) и в переходной складке, что позволило получить полную картину топографического распределения капиллярного кровотока в ее тканях.

В работе был использован доплерограф ультразвуковой компьютеризированный для исследования кровотока "Минимакс-доплер-К" (Санкт-Петербург). Данный прибор снабжен набором датчиков (5,10,15,20 мГц). Применялся датчик с частотой сигнала 20 мГц, позволяющий оценить гемодинамику на глубине от 0 до 0,8 см. Прибор позволяет осуществлять визуальный и аудиоконтроль за проведением исследования. По данным спектрального анализа доплеровского сигнала автоматически с помощью программного обеспечения определяли состояние кровотока в сосудах пародонта.

Было проведено обследование состояния микроциркуляции в тканях десны у 30 человек с интактным пародонтом без сопутствующих общесоматических заболеваний в возрасте от 13 до 25 лет. Определялись следующие показатели:

максимальная систолическая скорость по кривой средней скорости — V_{as} , средняя линейная скорость потока по кривой средней скорости — V_{am} , максимальная диастолическая скорость по кривой средней скорости — V_{ad} , конечная диастолическая скорость по кривой максимальной скорости — V_{akd} , систолическая объемная скорость — Q_{as} , максимальная объемная скорость — Q_{am} , а также индексы кровотока:

индекс пульсации (индекс Геслинга) — PI — отражает упруго-эластические свойства сосудов;

индекс периферического сопротивления (индекс Пурсело) — RI — отражает сопротивление кровотоку дистальнее места измерения;

По нашим данным полученные результаты при исследовании в 3-х зонах десны существенно не отличаются: значение максимальной систолической скорости по кривой средней скорости колеблется в пределах от 1,895 до 2,239 см/с, средней линейной скорости — от 0,661 до 1,217 см/с, максимальной диастолической скорости по кривой средней скорости — от 0,345 до 0,689 см/с, конечной диастолической скорости по кривой максимальной скорости — от 0,782 до 1,438 см/с, систолической объемной скорости — от 0,0024 до 0,0030 мл/мин, максимальной объемной скорости — от 0,0007 до 0,0016 мл/мин. Величина индекса Геслинга составила от 1,13 до 2,41; индекса Пурсело — от 0,60 до 0,94.

Ультразвуковая доплерография является неинвазивным методом диагностики, позволяющим объективно оценить эффективность лечения пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме, так как делает возможным выявление отклонений в состоянии микроциркуляции до появления клинических признаков. По данным, существенно отличающимся от величин, характерных для нормы, можно судить о патологическом процессе. По нашему мнению наиболее информативно сопоставление показателей у пациента в динамике в процессе лечения.

Список литературы.

1. Барковский В.С. Биомикроскопический метод оценки морфо-функционального состояния микроциркуляторного русла пародонта // *Функциональная диагностика в стоматологии: Труды ЦНИИС. - М., 1984. - Т.14. - С.30-32.*
2. Козлов В.А., Артюшенко Н.К., Шалак О.В., Васильев А.В. Ультразвуковая доплерография в оценке состояния гемодинамики в тканях шеи, лица и полости рта в норме и при некоторых патологических состояниях. *Руководство-атлас. - СПб, 2000. - 31 с.*
3. Козлов В.А., Артюшенко Н.К., Шалак О.В., Гирина М.Б. Ультразвуковая доплерография сосудов макро- и микроциркуляторного русла тканей полости рта, лица и шеи. - СПб, 1999. - 22 с.
4. Козлов В.И. Движение крови по микрососудам / *Физиология сосудистой системы. - Л., 1984. - Т.11, гл.6. - С. 309-311.*
5. Кучумова Е.Д., Ткаченко Т.Б. Ультразвуковая флоуметрия сосудов пародонта // *Ученые записки. - 2000. - Т.7. - №2. - С. 33-36.*
6. Чернух А.М. Александров П.Н. Алексеев О.В. *Микроциркуляция. - М., Медицина, 1984. - 430 с.*
7. Baez S. *Microcirculation // Annu Rev., Physiol., Palo Alto, Calif. - 1977. - V.39. - P.391-415.*
8. Florey H.W. *The missing link. The structure of some types of capillary // Quart / J.Exp.Physiol. - 1968. - V.53. - №1. - P. 1-9.*

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ 30% АПИПАСТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Савельева Н.А.

г. Рязань, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Применение апипродуктов при лечении пульпита временных зубов методом мортальной пульпотомии обусловлено, с одной стороны, консервирующими и мумифицирующими свойствами прополиса, а, с другой стороны, выраженным бактериостатическим и бактерицидным действием в отношении большого количества бактерий, грибов, спирохет и вирусов.

Целью настоящего исследования явилось клиническое изучение антибактериальной активности пасты на основе 30% спиртового раствора прополиса и маточного молочка при лечении пульпита временных зубов методом мортальной пульпотомии. Микробиологическое исследование проводили в отношении микрофлоры, выделенной из очагов воспаления пульпы 38 временных зубов у 30 детей до лечения. Выделенные чистые культуры микробов засеивали на среды с прополисом: к 15 мл среды (АГВ, 5% кровяной агар) добавляли 1 мл 30% настойки прополиса. Результаты опыта учитывали через 24, 48 и 72 часа после посева. Выявляли микробную обсемененность содержимого корневых каналов через 3 и 30 дней после лечения. Контролем служили 32 временных зуба у 25 детей, где применяли резорцин-формалиновую пасту. Установлено, что до лечения присутствуют различные виды микроорганизмов (100%) с преобладанием стрептококков и стафилококков. В первые сутки задерживался рост всех изучаемых микроорганизмов, на вторые и третьи сутки после посева отмечалось устойчивое отсутствие роста микрофлоры, за исключением *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*, *Proteus vulgaris* и *Escherichia coli*. Через 3 дня после импрегнации в основной группе высевали *Streptococcus mutans* (5,3% 3,6), *Escherichia coli* (13,2 % 5,5), *Proteus vulgaris* (5,3 % 3,6), *Enterococcus faecalis* (7,9 % 4,4). В контрольной группе выявлено почти полное отсутствие роста микроорганизмов, кроме *Enterococcus faecalis* (6,3 % 4,3) и *Proteus vulgaris* (3,1 % 3,1). Рост микроорганизмов не определялся ни при прямом посеве, ни после среды обогащения через месяц после лечения как в основной (30% апипаста), так и в контрольной (резорцин-формалиновая паста) группах.

Таким образом, проведенное в клинике микробиологическое исследование подтвердило выраженные антимикробные свойства исследуемой 30% апипасты на микрофлору воспаленной ткани пульпы, что позволяет утверждать

о стерильности содержимого корневого канала в динамике под ее воздействием и определяет выраженный бактериостатический и бактерицидный эффект идентичный резорцин-формалиновой пасте.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

**Саяхова Г.А., Буляков Р.Т., Тухватуллина Д.Н., Галикеева А.Ш.,
Абдеева Г.Р., Макарова В.М., Галиуллина Э.Ф.**

г. Уфа, Республиканская стоматологическая поликлиника

Лекарственные препараты, применяемые для консервативного местного лечения воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) должны способствовать очищению пародонтальных карманов, подавлять микрофлору и создавать условия для последующего заживления.

В Республиканской стоматологической поликлинике (РСП) в течение трех лет пародонтологи в комплекс местного лечения включают ферментный препарат "Коллагеназа КК", получаемый из субстратов промышленных видов крабов.

"Коллагеназа КК" представляет собой лиофилизированный порошок. Препарат обладает коллагенолитической, эластолитической, трипсиновой и химо трипсиновой активностью. При гнойных процессах способствует быстрому очищению от нежизнеспособных тканей и экссудата, раннему появлению грануляционной ткани, эпителизации.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности консервативного местного лечения заболеваний пародонта.

Материалы и методы: под наблюдением находились 78 пациентов в возрасте от 24 до 50 лет с ВЗП. Все больные в независимости от диагноза были разделены на 2 группы.

В первой группе 38 пациентам наряду с базовым лечением проводили аппликации на слизистую оболочку десны раствором "Коллагеназа КК" по 20 минут с последующими 20 минутными аппликациями гелем "Метрогил дента".

Во второй группе, которую составили 39 человек, для обработки пародонтальных карманов использовали 1% раствор перекиси водорода и гель "Метрогил дента".

Результаты исследования. При использовании в комплексе ферментного препарата "Коллагеназа КК" и геля "Метрогил дента" уже на вторые сутки уменьшалось выделение гнойного экссудата из пародонтальных карманов, а на третьи сутки при осмотре не определялось наличие гнойного экссудата

из пародонтальных карманов. Пациенты отмечали улучшение общего состояния. Через 7 дней мы отмечали восстановление архитектоники пораженных тканей пародонта. Во второй группе восстановление пораженных тканей пародонта отмечалось только на 9 сутки.

Методика применения "Коллагеназы КК": содержимое ампулы непосредственно перед применением растворяли в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида. Полученным раствором смачивали полоску марлевой салфетки и накладывали на слизистую оболочку десны на 20 минут.

Выводы: клинические наблюдения, проведенные в пародонтологическом кабинете РСП, позволяют рекомендовать "Коллагеназу КК" для лечения обострившихся хронических форм пародонтита, при пародонтальных абсцессах и язвенно-некротических стоматитах с целью быстрой эвакуации нежизнеспособных тканей и гнойного экссудата из пародонтальных карманов, а также эпителизации.

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ

Семенников В.И., Шишкина О.Е.

г. Барнаул, Кафедра хирургической стоматологии Алтайского государственного медицинского университета

Применение современных методов и средств стерилизации и герметизации в эндодонтии позволяет обеспечить высокое качество лечения деструктивных форм периодонтитов.

Цель настоящего исследования: изучить динамику и структуру оперативных вмешательств при лечении деструктивных форм периодонтитов с применением различных методик.

Проведен ретроспективный анализ 1520 историй болезни пациентов ГСП №1 г.Барнаула с наличием периапикальных очагов инфекции от 0,3 до 1,5 см. Из них 901 — женщины, 619 — мужчины в возрасте от 16 до 73 лет. Основная часть пациентов в возрасте 20–45 лет. Всего проведено лечение 1027 зубов. Из них: однокорневых — 117, многокорневых — 910. Односеансный метод проведен в 596 случаях лечения однокорневых и многокорневых зубов верхней и нижней челюсти с применением заапикальной электрохирургической стерилизации очага воспаления по предложенной нами методике (пол.решение о выдаче патента на изобретение по заявке № 2002100772 от 20.08.03г., ФИПС,

г.Москва) и дальнейшего пломбирования эндометазоном, цинк-эвгенолом с лизоцимом, "Sealapex" + гуттаперчевые штифты или термафилом. В остальных случаях (431) применялся многосеансный метод лечения с применением "Каласепта" и открытым ведением с применением эндоканальных антисептиков и антибиотиков с последующей пробой на "герметизацию" и пломбирование выше указанными средствами. Дополнительное оперативное лечение было проведено в группе пациентов с использованием многосеансного метода лечения (203 случая). Из них: остеоперфорация и гранулэктомия — 101, ампутация корня — 32, гемисекция — 18, резекция верхушки корня многокорневых зубов — 39, однокорневых зубов — 26. В группе пациентов с применением собственной методики (596 чел.) оперативного лечения не потребовалось. Показаниями к операциям явились: 91 случай — появление болей с явлениями периостита, в остальных 112 случаях — невозможность пломбирования каналов на всем протяжении по техническим причинам: полом инструментария, перфорация стенки корня и дна полости зуба.

Анализ по годам (2000-2002гг.) показал снижение количества удаляемых многокорневых зубов по поводу деструктивных форм периодонтита, увеличение зубосохраняющих операций и преобладание в их структуре остеоперфораций, гранулэктомий - наименее травматичных и наиболее простых в выполнении оперативных вмешательств. Этому способствует применение современных технологий в эндодонтии, а применение заапикальной электрохирургической стерилизации значительно снижает количество дополнительных оперативных вмешательств при лечении деструктивных форм периодонтитов.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА ПРИ НЕСЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Сунцова Т.В., Конев В.П., Расторгуев Б.Т.

г.Омск, Омская государственная медицинская академия.

Наличие несъемных назубных металлических конструкций является одним из факторов, вызывающих изменения гомеостаза ротовой полости, проявляющихся в изменениях количественного и качественного состава слюны, состояния краевого пародонта и приводящим к ухудшению гигиены полости рта, повышению темпа прироста кариеса на контактных поверхностях зу-

бов, граничащих с протезом. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) как предсуществующая наследственная патология, создает в организме человека особую систему гомеостаза: преобладание катаболизма белка, нарастающий иммунодефицит, изменение паренхиматозно-стромальных отношений в органах, снижение числа сосудов в единице объема ткани. Именно эти основные предпосылки влияют на морфогенез воспалительных реакций вообще и хронического воспаления, в частности, что необходимо учитывать при лечении стоматологических пациентов любого профиля.

Проведена сравнительная оценка состояния тканей пародонта у пациентов с металлическими и металлокерамическими протезами. Под наблюдением находилось 2 группы пациентов. В первую группу входили лица (47 человек), которым были изготовлены несъемные мостовидные протезы из стали. Вторую группу составили пациенты (45 человек), которым были изготовлены металлокерамические коронки. Было проведено динамическое наблюдение состояния тканей маргинального пародонта.

Отбор случаев проводился на основе алгоритма диагностики ДСТ по внешним признакам, а также отдельным патогистологическим критериям. Астенический тип телосложения выявлен у 38 пациентов (41 %), патология позвоночника имела место в 15 случаях, в том числе сколиоз — у 8 человек, "прямая спина" — у 3 обследованных, гиперкифоз грудного отдела — 2 больных, гиперлордоз поясничного отдела — 3 пациента.

Динамическое исследование состояния тканей полости рта позволило установить, что после проведения ортопедического лечения нарастает хроническое воспаление тканей маргинального пародонта, более выраженное у лиц с ДСТ. Развитие хронического воспаления тканей пародонта обусловлено комплексом факторов, включающих в себя как местные, так и общие причины. Одним из местных факторов воспаления является наличие искусственной коронки — инородного тела в полости рта. Об этом свидетельствует наличие воспалительных изменений у зубов, покрытых металлическими и металлокерамическими коронками. Меньшая выраженность воспалительных изменений со стороны зубов, контактирующих с металлокерамическими протезами, показывает, что металлокерамика является биологически индифферентным материалом для организма человека и предпочтительным при протезировании у лиц с ДСТ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМАХ

Тихомирова Г. И.

Ижевская медицинская академия

Известно, что эффективность организации лечебной помощи во многом зависит от формы ее организации. Была поставлена задача, изучить качество лечебной помощи врачами хирургами-стоматологами в лечебно-профилактических учреждениях при различных формах ее организации.

Исследование проводилось на базах ЛПУ г.Ижевска. Все лечебные учреждения разделены на две группы. В первую группу вошли крупные внекатегорийные городские стоматологические поликлиники, имеющие в своем составе хирургические отделения или кабинеты. Вторую группу составили поликлиники крупных городских многопрофильных ЛПУ или медсанчастей, в структуре которых имеются такие же кабинеты или отделения. Анализ качества обследования и лечения проводился на основе изучения амбулаторных карт. При этом учитывалась полнота обследования при использовании дополнительных методов, своевременность постановки диагноза и использования современных методов лечения. Проведена случайная выборка по 1000 амбулаторных карт по каждому ЛПУ.

При этом выявлено, что врачи первой группы ЛПУ (стоматологические поликлиники) значительно реже используют в своей практике такие дополнительные методы обследования как анализ крови, иммунограмму, цитологические, микробиологические методы диагностики, функциональные методы исследования. Ввиду отсутствия соответствующей аппаратуры, не во всех стоматологических поликлиниках имеется возможность провести обзорную рентгенографию лицевого скелета. Значительно реже пользуются консультацией смежных специалистов. При необходимости проведения подобного рода исследований, больные направляются в общие поликлиники, что в значительной мере увеличивает сроки обследования и диагностики.

В ряде случаев, в ЛПУ первой группы исследований, рентгенологический и физиотерапевтический кабинеты в среднем 4 месяца в году не работали по ряду причин, что затрудняло проведение качественного обследования и лечения больных. Ни в одной из стоматологических поликлиник не проводятся амбулаторные операции под общим обезболиванием. Для этих целей больные направляются в другие ЛПУ.

Все вышеотмеченное свидетельствует, что более квалифицированное, полноценное оказание хирургической стоматологической помощи оказывается в многопрофильных поликлиниках.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПОЛИСОРБ МП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

**Тухватуллина Д.Н., Буляков Р.Т., Саяхова Г.А., Макарова В.М.,
Галикеева А.Ш., Белозёрова С.С.**

г. Уфа, Республиканская стоматологическая поликлиника, БГМУ

Более пяти лет в Республиканской стоматологической поликлинике в комплекс местного лечения заболеваний пародонта включается препарат Полисорб МП. Препарат является энтеросорбентом. Внешне представляет из себя мелкодисперсный голубовато-белый порошок без запаха и вкуса. По химической природе Полисорб МП — высокодисперсный кремнезём. Порошок Полисорба гидрофилен, обладает высокой осмотической активностью, имеет хорошие протеонектические свойства, т.е. легко связывается с белками. При местном применении предупреждает прогрессирование некротических изменений, оказывает кровоостанавливающее, ранозаживляющее и дезинфицирующее действие. Данный препарат может применяться как для консервативного, так и хирургического лечения заболеваний пародонта. Наибольший эффект при консервативном лечении заболеваний пародонта дают пасты, приготовляемые *ex tempore* путем смешивания соответствующего лекарственного препарата и Полисорба. Показаниями являются обострения пародонтита, гноетечение из пародонтальных карманов, пародонтальные абсцессы, а также язвенно-некротический гингивит (ЯНГ).

Целью данного исследования являлась оценка эффективности Полисорба в комплексном лечении пародонтальных абсцессов и ЯНГ.

Материал и методика. После проведения хирургического туалета гнойной раны, последнюю осушали и наносили на ее поверхность порошок Полисорба слоем 3-5 мм, но не более 7 мм. Обработку проводят ежедневно, до очищения раны. Под наблюдением находились 32 больных в возрасте от 17 до 47 лет: с ЯНГ — 19 больных, с пародонтальными абсцессами — 13 больных. Всем больным в комплексном лечении местно применяли Полисорб. Имелись две контрольные группы пациентов по 5 человек в каждой, при лечении которых Полисорб не применялся. Для оценки эффективности препарата использовали такие критерии как уменьшение выделения экссудата, отсутствие боли, снижение отечности, признаки эпителизации раны, отсутствие осложнений.

Результаты исследований. При использовании Полисорба для лечения пародонтального абсцесса уже на вторые сутки не определялось гнойного экссудата в ране, а пациенты отмечали уменьшение припухлости слизистой оболочки десны и боли. Сроки лечения сокращались от 2 до 4 дней. При лечении ЯНГ отмечалось более быстрое очищение десневого края от некроти-

ческого налета, уменьшение болезненности и неприятного запаха из полости рта, чем при традиционном лечении. Сроки лечения сокращались от 5 до 7 дней.

Выводы: клинические результаты лечения больных пародонтальными абсцессами, ЯНГ с применением Полисорба показали его эффективность и безопасность, что позволяет рекомендовать препарат для широкого применения в повседневной практике врача-пародонтолога.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ИЛ-8 У ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Улитовский С.Б., Алексеева Е.С.

г. Санкт-Петербург, Кафедра терапевтической стоматологии СПбГМУ им. акад И.П.Павлова.

Известно, что клиническая картина хронических воспалительных заболеваний пародонта очень тесно связана с состоянием иммунной системы. В связи с этим были проанализированы изменения показателей иммунитета у пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХГКГ) и хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) легкой степени.

Показатели активности лимфоцитов отражают способность этой основной популяции клеток иммунной системы к реализации специфического иммунного ответа.

Для подтверждения правомочности нашего вывода об активности фагоцитарно-макрофагального звена иммунной защиты у обследованных больных было проведено исследование содержания провоспалительного цитокина ИЛ-8, являющегося хемоаттрактантом для нейтрофилов, и содержание которого, как можно предположить, должно также быть повышенным с утяжелением процесса. Исследование содержания провоспалительного цитокина ИЛ-8 в сыворотке крови проведено с использованием тест-системы для иммуноферментного анализа (ТОО "Цитокин" г. Санкт-Петербург, 1998). Анализ результатов подтвердил наше предположение. У группы больных с ХГП содержание ИЛ-8 составило $1,6 \pm 0,2$ нг/мл, что превышает показатель в группе больных с ХГКГ — $0,9 \pm 0,4$ нг/мл.

Таким образом, справедливость полученных данных, свидетельствующих об активации фагоцитарно-макрофагальных реакций, связанной с увеличением частоты рецидивов, подтверждена повышением содержания ИЛ-8 в сыворотке крови у пациентов с более тяжёлым течением воспалительных забо-

леваний пародонта. Данный вывод может иметь значение при определении набора лечебных средств иммуномодулирующего действия в лечении пациентов с ВЗП.

ДИМЕФОСФОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ ГЕПАТИТОВ "В" И "С"

Фазылова Ю.В., Еналеева Д.Ш., Хитров В.Ю., Студенцова И.А.

г. Казань, стоматологическая поликлиника, кафедра инфекционных болезней, кафедра фармакологии КГМУ, кафедра терапевтической и детской стоматологии КГМА

Цель исследования: оценка клинико-иммунологической эффективности препарата "Димефосфон" в комплексной терапии хронических воспалительных заболеваний пародонта (ХВЗП) на фоне гепатитов В и С.

Под наблюдением находилось 87 больных в возрасте 18-45 лет (82% мужчин, 18% женщин), в том числе острым гепатитом В (ОГВ) — 15, острым гепатитом С (ОГС) — 4, хроническим гепатитом В (ХГВ) — 18, хроническим гепатитом С (ХГС) — 40, микст - гепатитами (В+С) — 10; у 48% больных ХГ инфицированный процесс характеризовался активной репликацией вируса по результатам полимеразно-цепной реакции (ПЦР), умеренно выраженным воспалительным процессом с учетом клинико-биохимических, УЗИ и гистологических данных. У 62% (54 чел) больных были диагностированы ХВЗП: хронический катаральный гингивит — 24 человека, хронический генерализованный пародонтит легкой и средней степени тяжести — 30. Группу здоровых составили доноры (50 человек) в возрасте 18-50 лет.

Показатели местного иммунитета изучали по степени колонизационной резистентности (КР) буккальной поверхности слизистой полости рта, а системного — по уровню клеточных (СД3, СД4, СД8, СД10, СД72), гуморальных (Ig А,М, G) факторов, а также фагоцитарных и других факторов неспецифической защиты (ФЧ, ФИ, опсонины, лизоцим, фибронектин, в-лизин, ЦИК) с использованием общепринятых лабораторных методов.

Основной группе больных (94 чел) назначался 15% водный раствор димефосфона внутрь по 1 ст/л 4 раза / день, а 27 из них с ХВЗП — дополнительно местно в виде аппликаций. Контрольная группа (68 человек, в т. ч. больные с ХВЗП без вирусного поражения печени — 25 человек) получала только традиционную этиопатогенетическую терапию.

Включение димефосфона в комплексную терапию основной группы больных способствовало достоверному укорочению сроков купирования гиперемии, болевого, отека, синдрома, нормализации показателей гигиенических индексов Федорова-Володкиной, Грина-Вермилиона) в полости рта и сокращению длительности желтушного периода с купированием синдромов холестаза, мезенхимального воспаления и гиперферментемии при ОГ и обострившихся ХГ.

Клиническая эффективность димефосфона сопровождалась улучшением показателей местного (повышение КР буккальных эпителиоцитов по уровню естественной и искусственной колонизации их оральными стрептококками) и системного иммунитета (нормализация иммунорегуляторного индекса, фагоцитарных и гуморальных факторов неспецифической защиты).

Таким образом, димефосфон в комплексной терапии больных ХВЗП на фоне активного инфекционного процесса при вирусных гепатитах В и С оказывает выраженное противовоспалительное и иммуностимулирующее действие.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ ПРЕПАРИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПОСТОЯННЫХ ЦЕМЕНТОВ

Шевченко Д.П.

г. Красноярск, медицинская академия, научный отдел

В ортопедической стоматологии одним из современных видов протезирования является применение металлокерамических конструкций, и одним из важных этапов наряду с одонтопрепарированием является постоянная фиксация протезов. Предложены разнообразные постоянные цементы для фиксации коронок, однако не дифференцировано их действие на пульпу зуба, не дана полная морфофункциональная оценка.

С целью изучения состояния пульпы зуба при применении после препарирования различных видов постоянных фиксирующих цементов проведен эксперимент на беспородных собаках в возрасте от 5 до 7 лет массой 15-20 кг.

Было выделено 3 группы исследования: в I группе на зубы после препарирования фиксировали коронки на постоянный цемент химического отверждения "Fuji-plus", а во II группе — на постоянный цемент двойного отверждения "Relix ARC". В III группу вошли контрольные животные.

Зубы препарировали на турбинной бормахине со скоростью вращения режущего инструмента до 300 тыс. об/мин с использованием принудительно-

го водного охлаждения и алмазных инструментов. Через 1 час, 1, 7 и 30 суток после препарирования зубов проводили гистологическое исследование пульпы.

Как показали результаты исследования, через одни сутки после препарирования зубов при применении цемента "Relyx ARC" наблюдался выраженный отёк пульпы, воспалительная реакция и значительные сосудистые расстройства. В сроки от семи до четырнадцати суток отмечалась макрофагальная реакция и выявлялись изменения нервного аппарата пульпы в виде деструкции, более выраженные при применении постоянного цемента двойного отверждения. Вакуолизация одонтобластов, полнокровие мелких сосудов, число кровоизлияний и воспалительные реакции также были больше при использовании "Relyx ARC", наблюдались явления сетчатой атрофии. При применении постоянного фиксирующего цемента химического отверждения отмечали стимуляцию обменных процессов одонтобластов, увеличение содержания клеточных элементов типа фибробластов в субодонтобластическом слое. На тридцатые сутки в зубах с фиксацией коронок на постоянный цемент двойного отверждения отмечались сосудистые реакции пульпы и разрежение её нервных волокон. В пульпе зубов I группы выявлено отложение заместительного дентина.

Таким образом, применение постоянных цементов двойного отверждения для фиксации коронок значительно усугубляет воспалительные изменения в пульпе препарированных зубов, а также препятствует более быстрому восстановлению её нормальной гистофизиологии (нормализация защитных процессов, клеточных элементов пульпы и особенно слоя одонтобластов, их участие в образовании заместительного дентина).

ЗАВИСИМОСТЬ РЕАКЦИИ ПУЛЬПЫ ПРЕПАРИРУЕМОГО ЗУБА ОТ ВИДА БОРОВ

Шевченко Д.П.

г. Красноярск, медицинская академия, научный отдел

В ортопедической стоматологии одним из современных видов протезирования является применение металлокерамических конструкций. Однако предлагаемые методики препарирования зубов, включающие применение различных видов боров (с различными размерами абразива зерна, с винтовыми прорезями и другие) не учитывают при этом реакцию пульпы, что не позво-

ляет провести оптимальное дозированное препарирование, дезориентирует врача и ведет к усугублению патологического воздействия на пульпу зубов.

С целью изучения реакции пульпы зуба у собак на препарирование различными видами боров под металлокерамические коронки проведен эксперимент на беспородных собаках в возрасте от 5 до 7 лет массой 15 - 20 кг.

Было выделено 3 группы исследования: в I группу вошли животные, у которых зубы препарировали с применением бора типа "Торнадо" с винтовыми прорезями; во II группу вошли животные, у которых зубы препарировали с применением обычного бора; также была выделена контрольная III группа, включающая собак, у которых зубы не препарировались.

Через 1 час, 1, 7 и 30 суток после препарирования зубов проводили гистологическое исследование пульпы.

Как показали результаты исследования, через одни сутки после препарирования применение бора типа "Торнадо" предотвращает выраженный отёк пульпы, препятствует воспалительной реакции и значительным сосудистым расстройствам, уменьшает число кровоизлияний. В сроки от семи до четырнадцати суток отмечалась макрофагальная реакция, и наблюдались деструктивные изменения нервных волокон, менее выраженные при применении бора типа "Торнадо". Вакуолизация одонтобластов, полнокровие мелких сосудов, число кровоизлияний и воспалительные реакции также были меньше при препарировании бором типа "Торнадо". Как правило, мы не наблюдали при этом явления сетчатой атрофии. Кроме того, наблюдали стимуляцию обменных процессов одонтобластов, увеличение содержания клеточных элементов типа фибробластов в субодонтобластическом слое. На тридцатые сутки в зубах, препарирование которых проводили обычным бором, отмечались сосудистые реакции пульпы и раздражение её нервных волокон. Пульпа зубов препарированных бором типа "Торнадо" гистологически отличалась от пульпы интактных отложением заместительного дентина.

Таким образом при применении бора типа "Торнадо" значительно уменьшаются воспалительные изменения в пульпе препарированных зубов, а также более быстро восстанавливается её нормальная гистофизиология (нормализация защитных процессов, клеточных элементов пульпы и особенно слоя одонтобластов, их участие в образовании заместительного дентина).

ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННОГО ЦЕМЕНТА, СОДЕРЖАЩЕГО ГИДРООКИСЬ КАЛЬЦИЯ, ПОСЛЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ

Шевченко Д.П.

г. Красноярск, медицинская академия, научный отдел

В ортопедической стоматологии одним из современных видов протезирования является применение металлокерамических конструкций, и одним из важных этапов наряду с одонтопрепарированием является временная фиксация протезов. Предложены разнообразные временные фиксирующие цементы (содержащие и не содержащие гидроокись кальция), однако не дифференцировано их действие на пульпу зуба, не дана полная морфофункциональная оценка.

С целью изучения состояния пульпы зуба у собак при применении после препарирования различных видов временных фиксирующих цемента проведен эксперимент на беспородных собаках в возрасте от 5 до 7 лет массой 15 - 20 кг.

Было выделено 3 группы исследования: в I группе после препарирования зубов для фиксации временных коронок применяли временный цемент "Provicol", содержащий гидроокись кальция, а во II группе — цемент "TempBond NE", не содержащий гидроокись кальция. В III группу вошли контрольные животные. Через 1 час, 1, 7 и 30 суток после препарирования зубов проводили гистологическое исследование пульпы.

Результаты исследования показали, что через одни сутки после препарирования применение цемента с гидроокисью кальция предотвращает выраженный отёк пульпы, воспалительную реакцию, значительные сосудистые расстройства, уменьшает число кровоизлияний. В сроки от семи до четырнадцати суток отмечалась макрофагальная реакция, и наблюдались деструктивные изменения нервных волокон, менее выраженные в I группе исследования. Вакуолизация одонтобластов, полнокровие мелких сосудов, число кровоизлияний и воспалительные реакции также были меньше при применении "Provicol". Как правило, мы не наблюдали при этом явления сетчатой атрофии. Кроме того, наблюдали стимуляцию обменных процессов одонтобластов, увеличение содержания клеточных элементов типа фибробластов в субодонтобластическом слое. На тридцатые сутки в зубах II группы отмечались сосудистые реакции пульпы и раздражение нервных волокон. Пульпа зубов I группы гистологически отличалась от пульпы контроля отложением заместительного дентина.

Таким образом, при применении временных цемента, содержащих гидро-

окись кальция, значительно уменьшаются воспалительные изменения в пульпе препарированных зубов, а также более быстро восстанавливается её нормальная гистофизиология (нормализация защитных процессов, клеточных элементов пульпы и особенно слоя одонтобластов, их участие в образовании заместительного дентина).

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТИРЕОЗОМ

Шумихина Л.А.

Ижевская медицинская академия

Как известно, слюнные железы несут не только экскреторную, но и инкреторную функции и находятся в тесной функциональной связи с другими железами внутренней секреции, в том числе и с щитовидной железой. Изменения функционального состояния любого органа или ткани вызывает и сосудистые нарушения в микроциркуляторном русле.

Поставлена задача изучить состояние микроциркуляции в околоушных слюнных железах у больных с гипертиреозом с целью дальнейшей разработки методов ее коррекции.

Исследование проводилось методом инфракрасной доплеровской флоуметрии с помощью аппарата "ПАРИС" (Портативная Аппаратура Регистрации Исследований), разработанного в Физико-Техническом институте УрО РАН. Датчики в виде оптопары (фотоприемник+излучатель) устанавливались в проекции околоушной слюнной железы, и проводилась регистрация показателей, которые записывались в виде осцилляций на бумажный носитель. Аналогично проводилось исследование с противоположной стороны. Кроме того, проводилась регистрация показателей с реперной точки, в качестве которой была избрана тыльная часть ногтевой фаланги большого пальца.

Этим методом было проведено обследование 10 практически здоровых людей без соматической патологии и 26 больных с различной степенью выраженности гипертиреоза и с различной клинической выраженностью патологии слюнных желез (припухлость одно- или двусторонняя, ксеростомия). Возраст обследуемых составил от 33 до 65 лет. Все больные с гипертиреозом находятся на диспансерном наблюдении у эндокринолога и получают соответствующую терапию.

При анализе полученных результатов выявлено, что у больных гипертиреозом четко определяются изменения осцилляций от почти полного отсутствия микроциркуляторной пульсации до хаотически проявляющихся знаков пульсограмм. При этом, их изменения находятся в зависимости от степени клинической выраженности патологии слюнных желез.

Таким образом, инфракрасная доплерография является информативным методом исследования микроциркуляторного русла слюнных желез и позволяет оценивать его состояние.

ОСОБЕННОСТИ НЕСТИМУЛИРОВАННОЙ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВРОЖДЕННЫМИ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Яцкевич Е.Е., Мамедов Ад. А.

Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, кафедра стоматологии детского возраста

Хронические врожденные и наследственные заболевания у детей часто сопровождаются кариесом, как молочных, так и постоянных зубов. Особенно часто такое явление наблюдается при патологии центральной нервной системы, тяжелых генетических заболеваниях обмена веществ. В ряде случаев при тяжелом кариозном процессе приходится проводить лечение этих больных с применением общего наркоза, что значительно удорожает лечение. Характеристика бактериальной флоры полости рта в таких случаях имеет важное значение для прогноза и лечения стоматологических заболеваний.

Целью данной работы было провести исследование диагностической значимости определения активности фосфолипаз А и С бактериального и эндогенного происхождения в смешанной слюне больных кариесом при генетических и врожденных заболеваниях для прогнозирования риска кариеса и оценки терапевтической эффективности по его лечению и профилактики.

Обследовано 45 детей в возрасте от 6 до 16 лет с различными врожденными и наследственными заболеваниями центральной нервной системы (судорожные синдромы) и кардиопатиями. Все дети находились на стационарном обследовании в НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ, где вне обострения основного заболевания смешанная нестимулированная слюна собиралась натощак и исследовалась на активность фосфолипаз А и С, которые являются агрессивными ферментами, разрушающими фосфолипиды клеточ-

ных мембран и способствующими поддержанию воспалительного процесса в тканях. Определение активности фосфолипаз в слюне проводилось с помощью метода Habermann-Hardt на яично-агарозных пластинах с различным рН буферных растворов. Показано, что у 32 обследованных детей с КПУ = 7-10 выявлялась активность фосфолипазы С (5-22 мкмоль/л сек). У детей с КПУ 1-1,5 активность фосфолипаз не обнаруживалась.

Как известно, определение в слюне и/или в зубных бляшках качества и количества бактерий — процесс длительный и в ряде случаев недоступный. Вместе с тем, анализ фосфолипаз не требует дорогостоящих реактивов, оборудования и больших трудозатрат. Выполняется в течение 24 часов (инкубация в термостате при 37 С) и может дать интегральную информацию об агрессивных свойствах слюны. С этой целью мы планируем дальнейшее исследование возможности использования данного метода для прогнозирования риска развития кариеса у детей.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИДРООКСИ- МЕДИ-КАЛЬЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ГИДРОКСИЛАПАТИТОВОЙ КЕРАМИКОЙ

Недосеко В.Б., Чибисова М.А., Малыгина О.А.

г.Омск-С-Петербург. Омская государственная медицинская академия. НОУ СПб ИС, МА "Меди"

При решении задач комплексного лечения заболеваний пародонта особое внимание уделяется хирургическим методам, так как у значительной части пациентов лишь их применение позволяет добиться ликвидации очагов воспаления, приостановить прогрессирующую деструкцию альвеолярной кости и в конечном итоге обеспечить длительную стабилизацию состояния пародонта.

Несмотря на различные модификации и дополнения, сами по себе хирургические вмешательства на пародонте все же не создают достаточных условий для эффективного купирования патологического процесса и восстановления утраченных костных структур альвеолярного отростка. В связи с этим особую актуальность приобретает выбор средств, воздействующих на течение репаративного остеогенеза.

Несмотря на широкий арсенал средств, находящихся в распоряжении стоматолога, в настоящее время, появление на фармакологическом рынке прак-

тически любого нового препарата противовоспалительного или противомикробного действия не остается незамеченным. Подобный интерес к новым медикаментам объясняется отсутствием лекарственной формы, полностью удовлетворяющей пародонтологов как по эффекту воздействия, так и по удобству использования.

В пародонтальной хирургии используют коллагенсодержащие препараты с высокой гигроскопичностью и пористостью, за счет чего возможно их насыщение антибиотиками и препаратами противовоспалительного действия. Однако местное применение антибиотика не отличается высоким бактерицидным действием, не дает возможности создать высокую концентрацию во всем объеме деструктивных поражений тканей пародонта и сохранять такую концентрацию длительное время. А системное введение антибиотиков имеет ряд серьезных недостатков. К ним относятся развитие аллергических реакций, сенсбилизации организма, побочных эффектов и нежелательных системных реакций на введение антибактериальных препаратов. Не все антибиотики могут в достаточном количестве накапливаться в тканях пародонта. Учитывая особенности фармакокинетики отдельных препаратов трудно подобрать индивидуальную дозу для создания терапевтического содержания антибиотиков в крови, которая не привела бы к токсической дозе и реакции на нее. Наконец, при системном введении антибиотиков более вероятно появление устойчивых к ним штаммов микроорганизмов.

В связи с вышеизложенным наше внимание привлек препарат, разработанный профессором. Кнаппвост-гидроокись меди-кальция ($\text{CuCa}(\text{OH})_2$), обладающий рядом уникальных свойств.

1. высочайшая поливалентная перманентная бактерицидная активность;
2. низкая локальная токсичность, которая не мешает заживлению раны;
3. стимуляция регенерации костной ткани;
4. способность лизировать эпителий пародонтальных карманов.

Препарат $\text{CuCa}(\text{OH})_2$ — гидроокись-меди-кальция представляет собой водосодержащую пасту. Действующим компонентом является гидрооксид меди в виде коллоида и высокодисперсная гидроокись Ca, которая обеспечивает $\text{pH}=12$. Данный препарат обладает высокой поливалентной бактерицидной силой, обусловленной растворяющим действием Cu на клеточные стенки спор, останавливает разрушение дентальноальвеолярной системы, стимулирует формирование зубно-десневого прикрепления и образование новой костной ткани. Инвазивное разъедающее действие препарата на ткань предотвращается образованием мембраны из кальцита, тормозящей диффузию раствора в живую ткань.

Целью нашего исследования явился клинико-рентгенологический анализ эффективности применения препарата гидроокиси меди-кальция, в сочетании с гидроксилатапитовой керамикой (ГАК) в хирургическом лечении хронического генерализованного пародонтита (ХГП) тяжелой степени.

Выбор ГАК обусловлен тем, что препарат во-первых хорошо изучен, а во-вторых не содержит медикаментозных включений, которые сами по себе могли бы повлиять на процессы репарации и регенерации, т.е., препарат фактически инертен. Это позволило нам макси-мально объективно оценить изучаемое сочетание материалов (гидроокись меди-кальция и ГАК).

Проведено лечение 43 пациентов, с ХГП тяжелой степени (18 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 29 до 48 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (21 человек) проводили операцию открытый кюретаж в модификации Недосеко В.Б. с подсадкой ГАК; 2-я группа (22 человека) в пародонтальный карман вводили сочетание препарата гидроокиси меди-кальция с ГАК.

Предоперационную подготовку проводили по традиционной схеме. В ходе операции после отсепаровывания слизисто-надкостничного лоскута проводили тщательную обработку корней зубов, удаляли грануляции и тяжи эпителиальных тканей. Во 2-й группе параллельно в тигильке смешивали гидроокиси меди кальция с гидроксилатапитовой керамикой (в соотношении 3:1) и вносили полученную смесь в костные дефекты, лоскут фиксировали швами.

Сравнение клинических результатов осуществляли в послеоперационный период по следующим показателям: послеоперационная боль, наличие отека, гиперемии, сроки заживления ран и снятия швов, стабилизация зубов. Отдаленные результаты оценивались по глубине пародонтальных карманов и рентгенологическому описанию.

В 1-й группе на следующий день после операции при осмотре отмечался коллатеральный отек в области оперируемого участка; гиперемия десны наблюдалась до 6-ти суток; в первые три дня требовалась дополнительная обработка раны антисептиками, у 9 из 21 пациентов наблюдались послеоперационные боли. Швы снимали на 12 сутки. Стабилизация зубов наступала через 4 - 6 недель. Результаты исследования показали, что глубина пародонтальных карманов через 12 месяцев составила в среднем $3,5 \pm 0,37$ мм при исходном значении — $7,14 \pm 0,86$ мм, рецессия не превышала $1,1 \pm 0,12$.

Во 2-й группе в течение первых суток наблюдалась незначительная гиперемия маргинального участка десны, отек отсутствовал. На 3-4 сутки слизистая десны приобретала бледно-розовый оттенок, ее дополнительной обработки антисептиками не требовалось. Швы снимали на 7-е сутки. На 21-28 день исчезала или уменьшалась патологическая подвижность зубов. Глубина пародонтальных карманов составила $2,3 \pm 0,14$ мм при исходном $7,48 \pm 0,12$ мм, рецессия не превышала $0,5 \pm 0,11$ мм.

Рентгенологическое исследование (ортопантограмма) проводилось всем 43 пациентам до лечения и в динамике (через 1,5 года) после комплексного лечения ХГП. Рентгено-логическое исследование включало в себя выполнение ортопантограмм в динамике в 13 случаях при наличии глубоких пародонтальных карманов и других проблемных зон были выполнены прицельные внутриротовые рентгенограммы зубов и периапикальных тканей до и после лечения.; оцифровывание пленочного рентгеновского изображения на высокоразрешающем сканере "Agfa Duoscan"; перевод его в цифровое изображение с помощью программ "Рентген" и "Трофи"; последующую компьютерную обработку (вычислительный анализ по программе "Trophy") изображения по разработанному нами стандартизированному протоколу в режимах: негативное изображение, амплитудный рельеф, цветовое раскрашивание, построение денситограмм в исследуемых (оперированных) зонах.

Анализ данных комплексного клинико-рентгенологического исследования 43 больных с воспалительно-деструктивными изменениями пародонта позволил более точно определиться в диагнозе заболевания и объективно оценить результаты пародонтологической терапии с использованием комплекса [ГАК $\text{CuCa}(\text{OH})_2$], включающей в себя хирургические и нехирургические методы лечения в необходимом объеме. Полученные данные позволили провести объективную оценку динамики восстановительных процессов после хирургического лечения с применением остеопластических препаратов.

Через 1,5 года после проведенного комплексного лечения (депульпирование зубов, хирургическое лечение хронического пародонтита с использованием ГАК + $\text{CuCa}(\text{OH})_2$, рациональное протезирование и восстановление жевательной функции зубов) на ортопантограмме у всех пациентов данной группы (22 больных) отмечается положительная динамика хронического пародонтита тяжелой степени. Выявлено повышение костной плотности альвеолярных отростков челюстей: верхней челюсти с $35-45 \pm 5$ у.е. — до $85-128 \pm 5$ у.е. в среднем, нижней челюсти $25-45 \pm 5$ у.е. — до $75-120 \pm 5$ у.е., локальная денситометрия была проведена в зонах выполненных оперативных вмешательств. Отмечено уменьшение явлений атрофии альвеолярных отростков челюстей. Выявлено повышение уровня расположения краевых отделов альвеолярных отростков челюстей до $1/2-1/3$ длины корней зубов. Определяется восстановление замыкательных пластинок и в отдельных участках четко прослеживаются наружная и внутренняя замыкательные кортикальные пластинки челюстей. Отмечено уменьшение явлений остеопороза альвеолярных отростков челюстей. На ортопантограммах четко дифференцируется уменьшение на 1-2 мм глубины пародонтальных карманов. При имеющихся ранее (до депульпирования зубов) явлениях хронического периодонтита отмечено восстановление костной плотности в периапикальных тканях у верхушек корней данных зубов. Уменьшился остеопороз мышцелко-

вых отростков челюстей, выявляется повышение костной плотности мышечковых отростков до с 54- 129 у.е.

В 1-й группе повышение костной плотности альвеолярных отростков челюстей: верх-ней челюсти с $35-45 \pm 5$ у.е. — до $75-110 \pm 5$ у.е. в среднем, нижней челюсти $25-45 \pm 5$ у.е. — до $65-100 \pm 5$ у.е.

Полученные данные свидетельствуют о том, что снижение глубины пародонтальных карманов у больных с ХГП тяжелой степени более выражено во 2-й группе, при использовании сочетанного метода (гидроокись меди-кальция и ГАК) и приводит к стабильной послеоперационной ремиссии и значительному улучшению клинических результатов хронического пародонтита тяжелой степени тяжести.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Улитовский С.Б., Шаламай Л.И.,

*Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский
Государственный Медицинский Университет им. акад.И.П. Павлова.Кафедра
терапевтической стоматологии*

По данным ВОЗ практически, каждый взрослый человек и половина детского населения имеют заболевания тканей пародонта. В числе основных причин, кроме плохой гигиены полости рта отмечают: экологическое неблагополучие окружающей среды, неправильный образ жизни.

Нами была проведена работа по изучению эффективности местного применения препаратов хлорофиллина натрия и фито-ровисина у больных с гингивитом и пародонти-ом. Эти препараты входят в состав специальных полосок, которые изготавливаются для противовоспалительного воздействия и предназначены для надесневого применения в виде аппликаций. Исследование проводилось на базе кафедры терапевтической стоматологии СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Было выполнено сравнительное исследование эффективности применения новых препаратов при лечении гингивита и пародонтита. В исследовании принимало участие 68 пациентов. Контрольную группу составили 32 человека с аналогичными заболеваниями, но получавшими традиционную противовоспалительную терапию.

Полоски накладывали два раза в сутки на вестибулярную поверхность десны во всех четырех квадрантах утром и вечером в конце гигиенической про-

цедуры. В домашних условиях пациент апплицировал на слизистую оболочку десневого края по 4 полоски на сеанс. Курс лечения составлял 4 недели.

Стойкое улучшение клинического состояния пациентов подтверждается динамикой пародонтальных индексов и нашло свое отражение в противовоспалительной эффективности по индексу РМА использованных средств 35,2 % и 40,3 % соответственно. Расчет индекса эффективности уменьшения кровоточивости по показателям измерения индекса кровоточивости ВОЗ в период исследования, при применении обоих препаратов составляет порядка 82%.

Таким образом, в соответствии с результатами изучения динамики клинических параметров у всех групп пациентов показали, что препараты переработки зелени хвой являются эффективными средствами противовоспалительного воздействия на мягкие ткани пародонта. Наибольшее действие они оказывают на снижение кровоточивости и обладают выраженным противовоспалительным эффектом. Препараты обладают дезодорирующим действием, не вызывающим аллергизацию организма, хорошо переносятся пациентами.

Данные о применении хлорофиллина натрия и фито-ровисина свидетельствуют о том, что их применение в стоматологии перспективно и позволяют надеяться на их широкое внедрение в практику стоматологов занимающихся лечением пародонтологических больных.

ДОКЛАДЫ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Асланова Ф.К., Сеидбеков О.С., Морозова Н.В.

Республика Азербайджан, г. Баку, АзГИУВ, кафедра стоматологии

В каждой стране имеются специфические особенности распространенности кариеса и адекватные программы профилактики этого заболевания. Существующие методы профилактики кариеса зубов отличаются друг от друга медицинской и экономической эффективностью, фондоемкостью и трудоемкостью. Определенные компании, имеющие коммерческие интересы в распространении тех или иных способов профилактики кариеса зубов, несомненно преднамеренно завышают показатели эффективности этих методов. В Азербайджане на государственном уровне не существует какой-либо заинтересованности во внедрении в стране сомнительных способов профилактики кариеса. Поэтому не только отдельные граждане, но и в масштабе страны имеется заинтересованность в обосновании оптимальных вариантов профилактики кариеса зубов.

С учетом отмеченного, мы апробировали все ведущие варианты профилактики кариеса с целью обоснования наиболее эффективных методов:

- герметизация фиссур интактных первых постоянных моляров с применением 4-х видов различных герметиков (Concise, Helioseal, Fissurit F и эмаль-герметизирующий ликвид) для профилактики кариеса;

- герметизация дентина с применением дентингерметизирующего ликвида для профилактики рецидивов кариеса и вторичного кариеса после реставрации;

- регулярное нанесение на зубы фторлака;

- профессиональная гигиена полости рта.

В рекомендуемой нами профилактики кариеса зубов имеется ряд преимуществ и существенная новизна:

- во первых, мы впервые в одних и тех же условиях и на примере одной популяции апробировали 7 методов профилактики кариеса зубов по универсальным критериям, что позволяет получить более объективные результаты для сравнительной оценки их эффективности;

- во-вторых, в нашей работе впервые даны сравнительные результаты применения всех основных вариантов профилактики кариеса (гигиена полости

рта, локальное применение фтора, глубокое фторирование, ЭГЛ и герметизация фиссур различными герметиками).

Для оценки эффективности различных вариантов профилактики кариеса нами использованы критерии, отражающие конечные результаты достижения целей: снижение распространенности заболевания, уменьшение интенсивности поражения зубов и первых постоянных моляров в том числе. Кроме того, принимая во внимание преобладание вариантов профилактики кариеса с применением различных герметиков, были использованы для оценки эффективности критерии сохранности герметиков (сохранность, стираемость, краевое окрашивание и поверхностные полостные дефекты).

При выборе метода профилактики кариеса зубов только по медицинским критериям эффективности недопустима ориентация на одного показателя. Необходимо учитывать весь комплекс показателей эффективности, включая показатели ретенции герметика и показатели снижения прироста кариеса зубов. С этой целью нами впервые были использованы специальные показатели - сила эффективности профилактической программы (СЭПП) по предупреждению заболеваемости (распространенности) кариеса зубов, по снижению интенсивности поражения зубов в целом. Этот показатель является эквивалентом показателя относительной интенсивности и вычисляется путем деления соответствующих фактических величин по контрольной группе к таковой в опытных группах. Суть этого показателя в том, что он выражает кратность измерения уровня либо заболеваемости, либо интенсивности поражения при использовании той или иной программы профилактики кариеса зубов.

Сумма СЭПП по предупреждению распространенности кариеса, снижению интенсивности поражения первых постоянных моляров и всех зубов в целом дает комплексную количественную оценку эффективности профилактических программ, которая составляла для: профессиональной гигиены - 3,9; регулярного покрытия зубов фторлаком — 6,7; герметизации интактных фиссур первых постоянных моляров с применением Fissurit F — 26,4; Concise- 33,4; Helioseal -30,0 и ЭГЛ-47,5.

Исходя только из медицинской целесообразности, можно рекомендовать приоритетное использование программы профилактики кариеса зубов методом минеральной герметизации фиссур с применением ЭГЛ.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОГО АТТАЧМЕНА МК-1 ПРИ БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Гынга Г.Н., Куликов Р.Ю.

Медикотехнологическая характеристика универсального аттачмена МК-1
Проблемы биомеханики, возникающие при протезировании различными системами аттачменов.

Оригинальное решение в зубопротезировании для врача зубного техника и пациента.

Спектр применения универсального аттачмена МК-1 с демонстрацией клинических случаев.

Выводы.

Список литературы.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИДРООКСИ- МЕДИ-КАЛЬЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ГИДРОКСИЛАПАТИТОВОЙ КЕРАМИКОЙ

Малыхина О.А., Чибисова М.А., Недосеко В.Б.

г. Омск. Омская государственная медицинская академия

При решении задач комплексного лечения заболеваний пародонта особое внимание уделяется хирургическим методам, так как у значительной части пациентов лишь их применение позволяет добиться ликвидации очагов воспаления, приостановить прогрессирующую деструкцию альвеолярной кости и в конечном итоге обеспечить длительную стабилизацию состояния пародонта.

Несмотря на различные модификации и дополнения, сами по себе хирургические вмешательства на пародонте все же не создают достаточных условий для эффективного купирования патологического процесса и восстановления утраченных костных структур альвеолярного отростка. В связи с этим особую актуальность приобретает выбор средств, воздействующих на течение репаративного остеогенеза.

Несмотря на широкий арсенал средств, находящихся в распоряжении стоматолога, в настоящее время, появление на фармакологическом рынке практически любого нового препарата противовоспалительного или противомикробного действия не остается незамеченным. Подобный интерес к новым медикаментам объясняется отсутствием лекарственной формы, полностью удовлетворяющей пародонтологов как по эффекту воздействия, так и по удобству использования.

В пародонтальной хирургии используют коллагенсодержащие препараты с высокой гигроскопичностью и пористостью, за счет чего возможно их насыщение антибиотиками и препаратами противовоспалительного действия. Однако местное применение антибиотика не отличается высоким бактерицидным действием, не дает возможности создать высокую концентрацию во всем объеме деструктивных поражений тканей пародонта и сохранять такую концентрацию длительное время. А системное введение антибиотиков имеет ряд серьезных недостатков. К ним относятся развитие аллергических реакций, сенсбилизации организма, побочных эффектов и нежелательных системных реакций на введение антибактериальных препаратов. Не все антибиотики могут в достаточном количестве накапливаться в тканях пародонта. Учитывая особенности фармакокинетики отдельных препаратов трудно подобрать индивидуальную дозу для создания терапевтического содержания антибиотиков в крови, которая не приводила бы к токсической дозе и реакции на нее. Наконец, при системном введении антибиотиков более вероятно появление устойчивых к ним штаммов микроорганизмов.

В связи с вышеизложенным наше внимание привлек препарат, разработанный профессором. Кнаппвост-гидроокись меди-кальция ($\text{CuCa}(\text{OH})_2$), обладающий рядом уникальных свойств.

1. высочайшая поливалентная перманентная бактерицидная активность;
2. низкая локальная токсичность, которая не мешает заживлению раны;
3. стимуляция регенерации костной ткани;
4. способность лизировать эпителий пародонтальных карманов.

Препарат $\text{CuCa}(\text{OH})_2$ — гидроокись-меди-кальция представляет собой водосодержащую пасту. Действующим компонентом является гидрооксид меди в виде коллоида и высокодисперсная гидроокись Ca, которая обеспечивает $\text{pH}=12$. Данный препарат обладает высокой поливалентной бактерицидной силой, обусловленной растворяющим действием Cu на клеточные стенки спор, останавливает разрушение дентальноальвеолярной системы, стимулирует формирование зубно-десневого прикрепления и образование новой костной ткани. Инвазивное разъедающее действие препарата на ткань предотвращается образованием мембраны из кальцита, тормозящей диффузию раствора в живую ткань.

Целью нашего исследования явился клинико-рентгенологический анализ эффективности применения препарата гидроокиси меди-кальция, в сочетании с гидроксилapatитовой керамикой (ГАК) в хирургическом лечении хронического генерализованного пародонтита (ХГП) тяжелой степени.

Выбор ГАК обусловлен тем, что препарат во-первых хорошо изучен, а во-вторых не содержит медикаментозных включений, которые сами по себе могли бы повлиять на процессы репарации и регенерации, т.е., препарат фактически инертен. Это позволило нам макси-мально объективно оценить изучаемое сочетание материалов (гидроокись меди-кальция и ГАК).

Проведено лечение 43 пациентов, с ХГП тяжелой степени (18 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 29 до 48 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (21 человек) проводили операцию открытый кюретаж в модификации Недосеко В.Б. с подсадкой ГАК; 2-я группа (22 человека) в пародонтальный карман вводили сочетание препарата гидроокиси меди-кальция с ГАК.

Предоперационную подготовку проводили по традиционной схеме. В ходе операции после отсепаровывания слизисто-надкостничного лоскута проводили тщательную обработку корней зубов, удаляли грануляции и тяжи эпителиальных тканей. Во 2-й группе параллельно в тигильке смешивали гидроокиси меди кальция с гидроксилapatитовой керамикой (в соотношении 3:1) и вносили полученную смесь в костные дефекты, лоскут фиксировали швами.

Сравнение клинических результатов осуществляли в послеоперационный период по следующим показателям: послеоперационная боль, наличие отека, гиперемии, сроки заживления ран и снятия швов, стабилизация зубов. Отдаленные результаты оценивались по глубине пародонтальных карманов и рентгенологическому описанию.

В 1-й группе на следующий день после операции при осмотре отмечался коллатеральный отек в области оперируемого участка; гиперемия десны наблюдалась до 6-ти суток; в первые три дня требовалась дополнительная обработка раны антисептиками, у 9 из 21 пациентов наблюдались послеоперационные боли. Швы снимали на 12 сутки. Стабилизация зубов наступала через 4 - 6 недель. Результаты исследования показали, что глубина пародонтальных карманов через 12 месяцев составила в среднем $3,5 \pm 0,37$ мм при исходном значении — $7,14 \pm 0,86$ мм, рецессия не превышала $1,1 \pm 0,12$.

Во 2-й группе в течение первых суток наблюдалась незначительная гиперемия маргинального участка десны, отек отсутствовал. На 3-4 сутки слизистая десны приобретала бледно-розовый оттенок, ее дополнительной обработки антисептиками не требовалось. Швы снимали на 7-е сутки. На 21-28 день исчезала или уменьшалась патологическая подвижность зубов. Глубина пародонтальных карманов составила $2,3 \pm 0,14$ мм при исходном $7,48 \pm 0,12$ мм, рецессия не превышала $0,5 \pm 0,11$ мм.

Рентгенологическое исследование (ортопантограмма) проводилось всем 43 пациентам до лечения и в динамике (через 1,5 года) после комплексного лечения ХГП. Рентгено-логическое исследование включало в себя выполнение ортопантограмм в динамике в 13 случаях при наличии глубоких пародонтальных карманов и других проблемных зон были выполнены прицельные внутриротовые рентгенограммы зубов и периапикальных тканей до и после лечения.; оцифровывание пленочного рентгеновского изображения на высокоразрешающем сканере "Agfa Duoscan"; перевод его в цифровое изображение с помощью программ "Рентген" и "Трофи"; последующую компьютерную обработку (вычислительный анализ по программе "Trophy") изображения по разработанному нами стандартизированному протоколу в режимах: негативное изображение, амплитудный рельеф, цветное раскрашивание, построение денситограмм в исследуемых (оперированных) зонах.

Анализ данных комплексного клинико-рентгенологического исследования 43 больных с воспалительно-деструктивными изменениями пародонта позволил более точно определить в диагнозе заболевания и объективно оценить результаты пародонтологической терапии с использованием комплекса [ГАК $\text{CuCa}(\text{OH})_2$], включающей в себя хирургические и нехирургические методы лечения в необходимом объеме. Полученные данные позволили провести объективную оценку динамики восстановительных процессов после хирургического лечения с применением остеопластических препаратов.

Через 1,5 года после проведенного комплексного лечения (депульпирование зубов, хирургическое лечение хронического пародонтита с использованием ГАК + $\text{CuCa}(\text{OH})_2$, рациональное протезирование и восстановление жевательной функции зубов) на ортопантограмме у всех пациентов данной группы (22 больных) отмечается положительная динамика хронического пародонтита тяжелой степени. Выявлено повышение костной плотности альвеолярных отростков челюстей: верхней челюсти с $35-45 \pm 5$ у.е. — до $85-128 \pm 5$ у.е. в среднем, нижней челюсти $25-45 \pm 5$ у.е. — до $75-120 \pm 5$ у.е., локальная денситометрия была проведена в зонах выполненных оперативных вмешательств. Отмечено уменьшение явлений атрофии альвеолярных отростков челюстей. Выявлено повышение уровня расположения краевых отделов альвеолярных отростков челюстей до $1/2-1/3$ длины корней зубов. Определяется восстановление замыкательных пластинок и в отдельных участках четко прослеживаются наружная и внутренняя замыкательные кортикальные пластинки челюстей. Отмечено уменьшение явлений остеопороза альвеолярных отростков челюстей. На ортопантограммах четко дифференцируется уменьшение на 1-2 мм глубины пародонтальных карманов. При имеющихся ранее (до депульпирования зубов) явлениях хронического периодонтита отмечено восстановление костной плотности в периапикальных

тканях у верхушек корней данных зубов. Уменьшился остеопороз мышечковых отростков челюстей, выявляется повышение костной плотности мышечковых отростков до с 54- 129 у.е.

В 1-й группе повышение костной плотности альвеолярных отростков челюстей: верх-ней челюсти с $35-45 \pm 5$ у.е. — до $75-110 \pm 5$ у.е. в среднем, нижней челюсти $25-45 \pm 5$ у.е. — до $65-100 \pm 5$ у.е.

Полученные данные свидетельствуют о том, что снижение глубины пародонтальных карманов у больных с ХГП тяжелой степени более выражено во 2-й группе, при использовании сочетанного метода (гидроокись меди-кальция и ГАК) и приводит к стабильной послеоперационной ремиссии и значительному улучшению клинических результатов хронического пародонтита тяжелой степени тяжести.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Скакодуб А.А., Мамедов Ад.А., Лыскина Г.А

Россия, г. Москва, кафедра стоматологии детского возраста и кафедра детских болезней ММА им. И.М. Сеченова

Среди системных заболеваний у детей одним из самых тяжелых и распространенных считаются - системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ). Наиболее часто среди болезней этой группы у детей встречаются: системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия(ССД), дерматомиозит (ДМ). По данным Баранова А.А. (2000г.) в девятые годы в 2.2 раза возросли болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, также наблюдается значительное омоложение.

В связи с многообразием органной патологии при СЗСТ лечение этих заболеваний, как правило, складывается из сотрудничества различных специалистов. Особое место уделяется оказанию стоматологической помощи, так как поражения твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта, пародонта, являются очагами одонтогенного хронического сепсиса для детей с СЗСТ и способствуют угнетению иммунного тонуса организма, обуславливая длительное и осложненное течение основного заболевания.

Ранее проведенные нами исследования и многолетний опыт оказания стоматологической помощи детям с СЗСТ свидетельствуют, что степень поражения челюстно-лицевой области (ЧЛО) составляет 100%, поэтому чтобы оце-

нить тяжесть общего заболевания, установить диагноз и назначить адекватное лечение таким детям, врачам-педиатрам и ревматологам нельзя не учитывать патологическое состояние тканей ЧЛО.

Нами было установлено, что степень поражения ЧЛО у детей с СЗСТ зависит от:

Нозологической формы основного заболевания

Иммунологической активности патологического процесса

Длительности течения основного заболевания

Получаемой базисной терапии (глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты)

Адекватно и качественно оказанной стоматологической помощи

В клинике детских болезней и на кафедре стоматологии детского возраста ММА им. И.М. Сеченова разработан и активно внедряется алгоритм оказания стоматологической помощи детям с системными заболеваниями соединительной ткани.

При первичном приеме, производится оценка общего состояния ребенка, по данным иммунологического обследования и заключения педиатра или ревматолога (т.к. при остром и подостром течении основного заболевания, все стоматологические вмешательства проводятся в условиях стационара, под контролем клиничко-лабораторных показателей состояния больного).

Каждому первичному пациенту с СЗСТ, независимо от отсутствия жалоб со стороны ЧЛО, должно проводиться тщательное клиничко-рентгенологическое обследование, как в стоматологическом кабинете, так и при тяжелом состоянии - в стационаре.

Составляется индивидуальный план диагностики и стоматологического лечения, подбираются пломбирочные, анестезирующие и лекарственные препараты с учетом:

Активности иммунологического процесса

Тяжести течения основного заболевания

Длительности течения основного заболевания

Принимаемой базисной терапией

Степенью поражения челюстно-лицевой области

Заключения врача педиатра, ревматолога.

Стоматологическая помощь детям с СЗСТ заключается в последовательности следующих этапов лечения.

Ликвидация острых воспалительных явлений в полости рта

Обязательное удаление хронических очагов одонтогенной и вторичной инфекции

Тщательная санация полости рта

Профилактика заболеваний твердых тканей зубов, тканей пародонта, че-

люстных костей, слюнных желез, височно-нижечелюстного сустава, слизистой оболочки полости рта

Обязательное диспансерное наблюдение 3-4 раза в год до стабилизации основного заболевания

Таким образом, при использовании нами у 214 детей с СЗСТ алгоритма оказания стоматологической помощи детям с СЗСТ, наблюдалось некоторое улучшения общего состояния, изменение в лабораторных данных: снижение показателей иммунологической активности и показателей общего воспалительного процесса, особенно после удаления хронических очагов одонтогенной инфекции и ликвидации вторичной присоединившейся инфекции. А выполнения детьми всех предложенных профилактических мероприятий, по нашим наблюдениям, приводило к снижению вторичного кариеса и его осложнений более у 62%, так же к стабилизации воспалительных процессов в пародонте.

СПОСОБ ШИНИРОВАНИЯ ГИПЕРПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ

Федоров С.Д., Сунгуров М.В.

Россия, .Новокузнецк, ГИДУВ, кафедра ортопедической стоматологии и имплантологии.

Заболевания пародонта относятся к актуальным проблемам и самым распространенным заболеваниям стоматологии и известны человечеству с древних времен (за 3000-5000 лет до нашей эры). По данным ВОЗ (1983), более 80 % населения подвержено заболеваниям пародонта, приводящим к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации, развитию аллергических состояний и других расстройств.

Лечение заболеваний пародонта представляет значительные трудности из-за того, что патологический процесс в опорно-удерживающем аппарате зуба характеризуется наличием стойких прогрессирующих изменений, приводящих к нарушению основных функций зубочелюстной системы.

Для улучшения качества лечения тактика ведения больного должна строиться индивидуально с учетом общего и стоматологического статуса. Целью лечения является восстановление или сохранение функции жевания, норм эстетики, устранение отрицательного влияния патологического процесса на орга-

низм в целом и длительное поддержание достигнутого результата. Этого можно добиться лишь комплексным лечением, включающим хирургические, терапевтические, ортодонтические и ортопедические методы лечения.

На нашей кафедре особое внимание мы уделяем ортопедическим методам лечения в комплексном лечении заболеваний пародонта. Морфологические и функциональные изменения происходят не только в опорно-удерживающем аппарате зуба, но и во всей зубочелюстной системе. Эти изменения выражаются в неравномерном распределении жевательного давления, утрате зубочелюстной системой функционального единства, перегрузке оставшихся зубов.

Целью ортопедического лечения является восстановление физиологического равновесия в системе: пародонт-окклюзионная поверхность-жевательные мышцы-височно-нижнечелюстной сустав.

Эта цель решается следующими задачами:

устранением травматической окклюзии и артикуляции

восстановлением высоты прикуса и физиологического покоя

устранением функциональной недостаточности зубов

повышением сопротивляемости тканей пародонта действию жевательного давления

Одним из методов ортопедических лечебных мероприятий является шинирование зубов, то есть применение таких зубных протезов, которые связывают расположенные рядом зубы в единую систему, распределяют действующие на зубы силы на большее число зубов, устраняют травматическую окклюзию и обеспечивают покой пародонта. Под влиянием шинирования костная гибель прекращается или значительно замедляется.

Учитывая вышеперечисленное мы попытались создать шинирующую конструкцию, которая максимально бы соответствовала названным требованиям. При генерализованном процессе независимо от степени поражения пародонта основным видом стабилизации является фронтосаггитальное шинирование или шинирование по дуге. Для данного вида шинирования используем в качестве основного материала шинирующий элемент из никелида титана. Изготовленная стабилизирующая конструкция из такого сплава деформируется в соответствии с закономерностями эластичного поведения тканей организма.

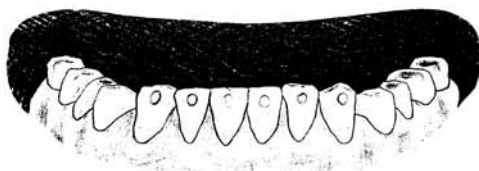
Сущность методики следующая.

На боковых зубах (молярах и премолярах), по середине их окклюзионной поверхности выполняется сквозная продольная прорезь, проходящая через все шинируемые зубы глубиной около 3 мм и шириной 1мм. В каждом шинируемом зубе под углом 45 гр. продольной прорези выпиливаются наклонные пазы до соединения с дном прорези. В продольную прорезь укладывается проволочная балка из никелида титана, а в наклонные пазы, выполненные

симметрично по обе стороны балки, вставляются концы запирающих элементов, сами запирающие элементы будут сверху лежать на балке и создавать плотность и вертикальную неподвижность запирающей конструкции внутри зуба.

Для продолжения данной шинирующей конструкции на фронтальной группе зубов, начиная с клыка, используем иную тактику крепления шинирующей конструкции внутри зубов. Выполняется горизонтальный паз в форме параллелипипеда на оральной поверхности зубов, в него устанавливается шинирующий элемент из никелида титана. Дополнительно в каждом стабилизируемом зубе по центру пропиливается наклонный канал от вестибулярной поверхности до сопряжения с пазом и с углублением в его нижнюю стенку на 1-2 мм и устанавливается в него запорный элемент в виде штифта с возможностью удержания шинирующего элемента в горизонтальном пазах.

Затем вся конструкция на боковых и фронтальных зубах закрывается композиционным материалом.



ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РИТМИКИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Филимонов О.А.

Россия, г. Красноярск, МУЗ "ГСП №5"

Повышение эффективности ортопедического лечения в фонетическом отношении возможно только при глубоком знании закономерностей речевой артикуляции. Поскольку полость рта - сфера деятельности стоматолога, каждый врач-стоматолог обязан хорошо понимать все процессы и особенности артикуляции звуков, а также факторы, влияющие на изменение функции речеобразования и звукопроизношения. Проведенные нами обследование, показало, что 61,9% пациентов не удовлетворены полными съемными протезами в фонетическом отношении при громком и обычном стиле разговора, изготовленных год назад. Целью наших исследований являлось использование приёмов логопедической ритмики для улучшения фонетических показателей, и влияние их на степень фонетических расстройств при протезирование полными съемными протезами.

Э.Килинска-Эвертовска (1972) определяла логоритмику в широком значении слова как систему музыкально-двигательных упражнений, осуществляемых для нужд коррекционной логопедии. Основателем логопедической ритмики считается Эмиль Жак-Далькроз (1865-1950). По нашему мнению, средства логопедической ритмики можно представить, как систему постепенно усложняющих ритмических, логоритмических и музыкально-ритмических упражнений и заданий, лежащих в основе самостоятельной двигательной, музыкальной и речевой деятельности людей с нарушением функции речеобразования, и в конечном итоге служащих для адаптации человека к условиям внешней и внутренней среды.

К нам в клинику обратились 20 пациентов (12 женщин+8 мужчин), в возрасте от 40 до 60 лет, с жалобами на плохую дикцию при громком и обычном стиле разговора. Пациенты пользовались полными съемными протезами на в/ч и н/ч от 1 до 4 лет. При клиническом обследовании у всех пациентов диагностирован ортогнатический (нефиксированный) прикус и согласно классификации беззубых челюстей I и II тип по И.М.Оксману. Всем им проведено повторное ортопедическое лечение по общепринятой методике (М.Е.Васильева). Оценку фонетических расстройств проводили по модифицированному методу О.А.Филимонова (2003), сразу по окончанию лечения и через 1 месяц. В качестве контроля исследовали группу людей в возрасте от 40 до 60 лет с сохраненным зубным рядом в количестве 10 человек (2 мужчины + 8 женщин).

Согласно цели исследования пациенты были разделены на 2 группы:

I группа - 10 человек(6 женщин+4 мужчины), которым ортопедическое лечение проводилось по общепринятой методике.

II группа - 10 человек(6 женщин+4 мужчины), которым ортопедическое лечение проводилось с применением упражнений логопедической ритмики (в течении 1-ого месяца после окончания ортопедического лечения).

В качестве музыкального сопровождения использовали звуки живой природы и романтические саксофонные баллады, фрагменты джазовых композиций (медленный темп), а также музыка в темпе марша при использовании упражнений на развитие дикции и закрепления звуков.

Упражнения походились поэтапно:

1-я неделя - упражнения на развитие и по постановке дыхания;

2 и 3-я недели - упражнения на четкое произношение гласных и согласных;

4-я неделя - упражнения на закрепление дикции и звуков.

Цель упражнений - способствовать нормализации деятельности периферических отделов речевого аппарата. Упражнения проводились в полном соответствии с этапами и задачами логопедической работы. В большом количестве они включались в занятия, проводимые в начале коррекционного курса. По мере успешного устранения речевого нарушения, количество их в середине и конце коррекционного курса сокращается, но не исключается, поскольку в использовании логоритмического материала должна быть преемственность. В процессе занятий важно опираться на сознательное и активное отношение пациентов к своей деятельности. У нас не все сразу получалось; на первых занятиях не было тесного психологического контакта внутри группы, многие пациенты скептически относились к самой идеи логоритмических занятий и т. д. Но благодаря нашей настойчивости группа сохранилась, и мы провели полный намеченный курс.

Заключение: Применение упражнений логопедической ритмики привело к значительному улучшению фонетических показателей при протезирование полными съемными протезами в/ч и н/ч и позволили сделать соответствующие выводы:

1. При сравнительной характеристике через 1 месяц у пациентов 2-й группы адаптация к протезам в фонетическом отношении шла в 2,1 раза быстрее, чем у пациентов 1-й группы.

2. При оценке фонетических расстройств по половому признаку, у мужчин они выражены более сильно по цифровым показателям (тяжелая степень), чем у женщин. После использования упражнений логопедической ритмики степень фонетических расстройств снизились у мужчин в 2,2 раза, у женщин в 2,7 раза.

3. Эта методика является научно-обоснованной, и не требует особых материальных затрат на её осуществление.

4. Мы надеемся, что, эта методика найдет достойное применение в практической стоматологии для лечения и социальной реабилитации ортопедических пациентов.

ОСОБЕННОСТИ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СТОМАТОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОРГАНИЗАЦИОННО – ПРАВОВОЙ ФОРМЫ СУБЪЕКТА ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Агафонова Е.Э.

г. Москва

Действующее налоговое законодательство допускает возможность выбора применяемой системы налогообложения для субъектов предпринимательской деятельности, оказывающих стоматологическую помощь населению.

В соответствии с нормами Гражданского кодекса медицинские организации могут осуществлять свою деятельность в различных организационно - правовых формах (общества с ограниченной ответственностью, закрытые акционерные общества, открытые акционерные общества), а также стоматологическая помощь населению может оказываться врачами стоматологами - предпринимателями без образования юридического лица.

Для юридических лиц предусмотрена возможность выбрать обычную систему налогообложения или упрощенную систему налогообложения с уплатой единого налога вместо целого ряда налогов при обычной системе. Предприниматели без образования юридического лица также имеют право выбора между уплатой налога на доходы физических лиц и единого налога по упрощенной системе.

Организации применяющие обычную систему налогообложения являются плательщиками налога на прибыль, единого социального налога, налога на имущество, НДС и других предусмотренных налоговым законодательством. Для медицинских организаций предусмотрены льготы по некоторым видам существующих налогов (например, по налогу на добавленную стоимость и налогу на имущество), а также особенности их исчисления и уплаты. От того какую систему налогообложения организация или предприниматель для себя выберут, зависит и порядок представления отчетности в налоговые органы.

В предлагаемом докладе будут рассмотрены различные системы налогообложения применительно к субъектам предпринимательской деятельности в стоматологии с тем, чтобы попытаться выявить наиболее привлекательные из существующих в целях оптимизации налоговых платежей. А также планируется рассмотреть наиболее часто встречающиеся ошибки в целях их предупреждения и избежания в будущем.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕЗИСЫ

ПРИМЕНЕНИЕ ПЬЕЗОХИРУРГИИ ПРИ СИНУС-ЛИФТИНГЕ <i>Ага-заде А.Р.</i>	3
ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ СТОМАТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА <i>Алиев М.М., Ахмедова Л.М., Кулиева Л.Х., Исмаилов М.И. Ахмедов Ф.Х.</i>	4
ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО - ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРИЧИН ОСЛОЖНЯЮЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ <i>Анохина А.В.</i>	5
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ <i>Асланова Ф.К., Сеидбеков О.С., Н.В. Морозова</i>	7
СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В СЕМИПАЛАТИНСКОМ РЕГИОНЕ <i>Байзакова Г.Т.</i>	9
СМЕШАННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ <i>Байзакова Г.Т., Тилеубаева А.С., Набиева Л.А.</i>	10
СНИЖЕНИЕ РИСКА ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОМОЩЬЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Белова О.В., Альварес Э.Р., Быкова Т.К.</i>	11
СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧЕЙ- СТОМАТОЛОГОВ КАК МЕХАНИЗМ ЗАЩИТЫ ПРАВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Блашкова С.Л., Саляхова Л.Я., Хузиханов Ф.В.</i>	12
НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Бондаренко О.В.</i>	14
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА <i>Варганова Л.А.</i>	15

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПОЖИЛЫХ Г.БАРНАУЛА <i>Васильцова С.В., Токмакова С.И.</i>	16
РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Габитов Р.С., Сокольская Д.И., Гаязова А.Д.</i>	17
ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ <i>Галикеева А.Ш., Буляков Р.Т., Салыхова Г.А., Макарова В.М., Тухватуллина Д.Н.</i>	18
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ <i>Гасимова З.В.</i>	20
ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ <i>Гринькова И.Ю.</i>	21
ЗАТЯЖНОЕ ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА СТИВЕНСОНА-ДЖОНСОНА <i>Гусейнова Т.Г., Зейналов Г.И., Мусаев С.К.</i>	22
ОПЫТ НЕОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ ЗУБОВ <i>Каримов Р.Р., Мирзаева Г.Ф., Ямалетдинов А.Ш., Сираев У.Р.</i>	23
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕНТО-АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ТРАВМЫ <i>Корж Г.М.</i>	24
ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЦВЕТА ЗУБОВ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ <i>Кунин А.А., Сарычева И.Н.</i>	26
ПРИМЕНЕНИЕ МЕДА И МЕДОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Курякина Н.В., Алексеева О.А.</i>	27
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Лукавенко А.В.</i>	28

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЗОНЕ ПЕРЕЛОМА МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ <i>Мальцев А.Ю.</i>	29
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРТИКАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ГИНГИВИТЕ <i>Мухамеджанова Л.Р., Абдульянов В.А.</i>	30
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ <i>Немирич В.В., Яцкевич Е.Е., Мамедов, Ад.А.</i>	32
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Овсепян А.П.</i>	33
ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЗОНЕ УДАЛЕННОГО ЗУБА У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ <i>Пермякова Н.Е.</i>	35
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННОГО ДОППЛЕРОГРАФА НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ <i>Рисованная О.Н., Рисованный С.И., Шмыгленко Е.А</i>	36
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ 30% АПИПАСТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ <i>Савельева Н.А.</i>	38
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Саляхова Г.А., Буляков Р.Т., Тухватуллина Д.Н., Галикеева А.Ш., Абдеева Г.Р., Макарова В.М., Галиуллина Э.Ф.</i>	39
СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ <i>Семенников В.И., Шишкина О.Е.</i>	40
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА ПРИ НЕСЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ <i>Сунцова Т.В., Конев В.П., Расторгуев Б.Т.</i>	41

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМАХ <i>Тихомирова Г.И.</i>	43
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПОЛИСОРБ МП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Тухватуллина Д.Н., Буляков Р.Т., Саляхова Г.А., Макарова В.М., Галикеева А.Ш., Белозёрова С.С.</i>	44
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ИЛ-8 У ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Улитовский С.Б., Алексеева Е.С.</i>	45
ДИМЕФОСФОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ ГЕПАТИТОВ "В" И "С" <i>Фазылова Ю.В., Еналеева Д.Ш., Хитров В.Ю., Студенцова И.А.</i>	46
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ ПРЕПАРИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПОСТОЯННЫХ ЦЕМЕНТОВ <i>Шевченко Д.П.</i>	47
ЗАВИСИМОСТЬ РЕАКЦИИ ПУЛЬПЫ ПРЕПАРИРУЕМОГО ЗУБА ОТ ВИДА БОРОВ <i>Шевченко Д.П.</i>	48
ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННОГО ЦЕМЕНТА, СОДЕРЖАЩЕГО ГИДРООКИСЬ КАЛЬЦИЯ, ПОСЛЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ <i>Шевченко Д.П.</i>	50
ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТИРЕОЗОМ <i>Шумихина Л.А.</i>	51
ОСОБЕННОСТИ НЕСТИМУЛИРОВАННОЙ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВРОЖДЕННЫМИ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Яцкевич Е.Е., Мамедов Ад. А.</i>	52

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИДРООКСИ-МЕДИ-
КАЛЬЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ГИДРОКСИЛАПАТИТОВОЙ КЕРАМИКОЙ 53
Недосеко В.Б., Чибисова М.А., Малыгина О.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В
ПРОФИЛАКТИКЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА 57
Улитовский С.Б., Шаламай Л.И.,

ДОКЛАДЫ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ
КАРИЕСА ЗУБОВ 59
Асланова Ф.К., Сеидбеков О.С., Морозова Н.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОГО
АТТАЧМЕНА МК-1 ПРИ БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ 61
Гынга Г.Н., Куликов Р.Ю.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ
ГИДРООКСИ-МЕДИ-КАЛЬЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С
ГИДРОКСИЛАПАТИТОВОЙ КЕРАМИКОЙ 61
Малыгина О.А., Чибисова М.А., Недосеко В.Б.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С
СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 65
Скакодуб А.А., Мамедов Ад.А., Лыскина Г.А

СПОСОБ ШИНИРОВАНИЯ ГИПЕРПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ 67
Федоров С.Д., Сунгуров М.В.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ
РИТМИКИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ
ПРОТЕЗАМИ 70
Филимонов О.А.

ОСОБЕННОСТИ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ В СТОМАТОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОРГАНИЗАЦИОННО —
ПРАВОВОЙ ФОРМЫ СУБЪЕКТА ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 72
Агафонова Е.Э.

СОДЕРЖАНИЕ 73