

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
Кафедра хирургической стоматологии
ОО «Ассоциация оральных и челюстно-лицевых хирургов
Республики Беларусь»**

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ

**Сборник трудов
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием «Паринские чтения 2012»
(Минск, 3-4 мая 2012 года)**

Минск - 2012

УДК [616. 716. 8 - 089 + 616. 31] - 003. 9 (043. 2)

ББК 56. 6 я 43

Р 31

Под общей редакцией: профессора И.О. Походенько-Чудаковой.

Редакционная коллегия:

д.м.н., проф. И.М. Байриков (Самара, Россия);

д.м.н., проф. В.И. Гунько (Москва, Россия);

д.м.н., проф. А.Ю. Дробышев (Москва, Россия);

д.м.н., проф., академик НАМН Украины В.И. Куцевляк (Харьков, Украина);

д.м.н., проф. И.К. Луцкая (Минск, Беларусь);

д.м.н., проф., член-корр. НАМН Украины В.А. Маланчук (Киев, Украина);

д.м.н., проф. Ю.В. Мандра (Екатеринбург, Россия);

д.м.н., проф. Ю.А. Медведев (Москва, Россия);

д.м.н., проф. С.А. Наумович (Минск, Беларусь);

д.м.н., проф. Г.П. Рузин (Харьков, Украина);

д.м.н., проф. А.П. Сиваков (Минск, Беларусь);

д.м.н., проф. Т.Н. Терехова (Минск, Беларусь);

д.м.н., проф. И.В. Токаревич (Минск, Беларусь);

д.м.н., проф. О.П. Чудаков (Минск, Беларусь);

д.м.н., проф. И.А. Шугайлов (Москва, Россия);

д.м.н., проф. Н.А. Юдина (Минск, Беларусь);

д.б.н., доц. С.Б. Парин (Н.Новгород, Россия);

к.м.н. доц. С.А. Кабанова (Витебск, Беларусь).

Р-31 Реабилитация в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии : сб. тр. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Паринские чтения 2012» (3-4 мая 2012 года) / под общ. ред. проф. И.О. Походенько-Чудаковой ; редкол. И.М. Байриков [и др.]. – Минск: Изд. центр БГУ, 2012. - 486 с.
ISBN 978-985-553-014-6

В сборнике трудов конференции представлены статьи по разработке основных научных направлений, результаты исследований отечественных и зарубежных специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, стоматологии, восстановительной медицины а также смежных специальностей.

Издание адресуетя широкому кругу ученых и медицинских работников.

УДК [616. 716. 8 - 089 + 616. 31] - 003. 9 (043. 2)

ББК 56. 6 я 43

ISBN 978-985-553-014-6

© Министерство здравоохранения
Республики Беларусь, 2012.

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2012.

© ОО «Ассоциация оральных и челюстно-лицевых хирургов
Республики Беларусь», 2012

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

БОЛЬ, СТРЕСС, ШОК: ФАКТЫ И ГИПОТЕЗЫ **Парин С.Б.**

*Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Нижегородская государственная медицинская академия,
Институт прикладной физики РАН,
г. Нижний Новгород, Россия*

На рубеже тысячелетий появление множества новейших методов измерения функций организма привело к накоплению массива фактов, не укладывающихся в традиционные схемы и модели. Это, с неизбежностью, повлекло за собой формирование новых научных концепций, некоторые из которых использует прежние парадигмы в качестве частных случаев более широких теорий, а некоторые являются откровенно альтернативными ранее принятым. В полной мере это относится к переосмыслению традиционных представлений о боли, стрессе и шоке. По сути, в современной нейробиологии произошёл закономерный переход от традиционной картезианской парадигмы реактивности, со свойственным ей редукционизмом, к активностной концепции (Ю. Александров, 2004; К. Анохин, 2010). Это обусловлено, в частности, многочисленными доказательствами опережающего (а не отражающего) способа взаимодействия субъекта с окружающим миром. Этот прогностический механизм, базирующийся на переносе детерминанты текущего поведения в будущее время, формируется с помощью опережающих связей (feed-forward) в нейронных сетях, в противоположность отрицательным обратным связям (feed-back), обеспечивающим гомеостатирование в относительно стабильных условиях. В отличие от feed-back-связей, оптимизированных под текущее состояние (по результату), feed-forward-циклы опираются на прогноз динамики событий. То есть, если в схеме с отрицательными обратными связями стимулом к действию является рассогласование между параметрами желаемого и уже полученного результата действия (П. Анохин, 1968), в прогностических циклах принятие решения основывается на выборе программы действий, оптимизированной по предсказанному соотношению эффективности психических и физиологических затрат.

Поведение, формируемое благодаря этим механизмам, принято считать специализированным, адаптивным и, следовательно, оптимальным. Однако хорошо известны ситуации, когда и поведенческий репертуар, и вариативность физиологических функций существенно редуцируются. Примером такого рода регрессии является стресс (С. Парин, 2001, 2008; Ю. Александров, 2010). Вопреки классическому определению стресса как общего адаптационного синдрома (Н. Selye, 1936, 1946), стресс, по крайней мере, на физиологическом уровне, является сугубо антиадаптивным процессом. Эта неспецифическая защитная системная стадийная реакция на прогнозируемое или состоявшееся повреждение является образцом чрезвычайно архаизированного психофизиологического процесса, направленного не на адаптацию к повреждению (достаточно противоестественное, надо признать, предположение), а на противостояние ему. Поэтому в ответ на сформировавшуюся на базе предыдущего опыта оценку прогноза ситуации как значимо угрожающей формируется типовой стереотипный ответ, последовательно затрагивающий и эмоциональную, и вегетативную, и моторную, и когнитивную сферы. Наши эксперименты (С. Парин и др., 1980-2012) и многочисленные литературные данные (А. Olivero et al., 1986; G. Olson et al., 1998; R. Vodnar, G. Klein, 2006; и мн. др.) указывают на чрезвычайную стандартизацию психофизиологических функций в условиях стресса, что проявляется, в частности, в уменьшении показателей дисперсии автономных функций и значительном повышении дифференциальных порогов на текущие сенсорные сигналы.

Хорошо известны различные системные механизмы, способные обеспечить такое снижение реактивности на обстановочную и пусковую афферентацию (по П. Анохину, 1968). Это, например, афферентное реципрокное торможение, эфферентное торможение, формирование эфферентной копии по Хольсту и т. д. (R. Schmidt, G. Thews, 1987). Мы полагаем, что одной из возможных причин регистрируемого в экспериментах угнетения ответов на стимулы может являться прерывание сигналов о рассогласовании между прогнозируемой и текущей информацией на стадии принятия решения о выборе программы действий - в ситуации уже состоявшегося выбора. В своём предположении мы опираемся на многолетний опыт изучения одной из базовых регуляторных систем организма – эндогенной опиоидной системы (ЭОС).

За ЭОС, открытой в середине 70-х годов прошлого века (С. Pert, S. Snyder, 1973; L. Terenius, A. Wahlström, 1973, 1975; J. Hughes et al.,

1975; H.-J. Teschemacher et al., 1975), прочно утвердилась репутация главной антиноцицептивной системы в организме. На бытовом уровне эндорфинам приписывается функция «гормонов счастья». Между тем, роль данного эволюционно древнего нейроэндокринного аппарата существенно глубже (Е. Голанов, 1986; С. Парин, 1986, 2001, 2011): это, прежде всего, формирование гипобиотических, минимизирующих энергозатраты, глубоко регрессивных состояний. В ряду таких состояний и гипертония, и летаргия, и стресс (особенно на его завершающей стадии – истощения), и шок, представляющий крайнюю степень выраженности стресса. Значителен вклад ЭОС в формирование зависимостей (прежде всего наркотической), функционирование «центров удовольствия» (J. Olds, P. Milner, 1954; M. Kringelbach, 2009), и т. д.

Закономерен вопрос: какие существуют основания для характеристики ЭОС как эффективного прерывателя сигналов о рассогласовании на стадии принятия решения?

– Это, во-первых, нейроморфологические факты (F. Bloom et al., 1978; A. Vaccarino, A. Kastin, 2000, 2001; M. Narita et al., 2006): нейроны, продуцирующие опиоидные пептиды (эндорфины, энкефалины, динарфины... - более 40 известных сегодня пептидов), или несущие на своей мембране опиоидные рецепторы, сконцентрированы, в основном, в структурах лимбической системы (гиппокамп, миндалина, цингулярная кора, паравентрикулярные ядра гипоталамуса и др.). Таким образом, ошибочными являются распространенные представления об ЭОС как модуляторе сенсорных потоков, и базовая функция ЭОС относится к мотивационно-эмоциональной, а не к сенсорной сфере.

- Во-вторых, современные нейрофизиологические знания о механизмах боли, не позволяющие отнести боль к сенсорной модальности в традиционном понимании (R. Schmidt, G. Thews, 1987). Сегодня очевидно отсутствие специфических болевых рецепторов («ноцицепторов»), равно как и рецепторов тепла или холода (В. Хаютин, 1964; А. Зевеке, 1976, 2004; Е. Цирульников, 1990; А. Зевеке, С. Полевая, 1992, 2011). Боль нельзя подавить периферическими анестетиками, не блокируя все остальные тактильные входы; зато центральные анальгетики эффективно справляются с этой задачей. Боль может возникать при отсутствии повреждения (фантомные, к примеру) и не возникать при его наличии (при стрессе – R. Vodnar et al., 1978; S. Zurita et al., 2000). Боль невозможна без эмоционального и когнитивного компонентов, что совершенно необязательно для «классической» сенсорики. Наконец, не существует такой физической реальности, как боль (в отличие от света, звука, запаха и т. д.). Тогда что

же такое боль? – По нашему мнению, боль является императивным сигналом о чрезмерном рассогласовании между прогнозируемой моделью тела и текущими «болевыми» (ноцицептивными) сигналами о реальном или предсказанном повреждении какой-то части этого тела. В таком случае, роль ЭОС здесь заключается в прерывании сигнала о наличии рассогласования, что и наблюдается во время стресса, при действии наркотических анальгетиков и у лиц, страдающих наркотической зависимостью (С. Парин, 2010; С. Парин и др., 2011).

- В-третьих, при стрессе и шоке активация двух энергозатратных систем: симпатoadреналовой (САС) и гипоталамо-гипофизарно-адреналовой ГГАС) - происходит на фоне колеблющейся активности ЭОС: на стадии тревоги, когда неспецифическая и, соответственно, малоэффективная программа стресса уже запущена на исполнение, это приводит к «загрублению» всех сенсорных порогов и подавлению когнитивной сферы; на стадии резистентности совместное функционирование ГГАС и ЭОС способствует закреплению в памяти ресурсных особенностей экстремального состояния; а на стадии истощения ЭОС становится монополярной «хозяйкой» положения, переводя организм в энергосберегающий гипобиотический режим (С. Парин, 2008, 2010).

Заключение. Таким образом, роль эндогенной опиоидной системы как специализированного нейрoхимического «прерывателя» сигналов о рассогласовании в нейронных сетях позволяет с новых позиций рассматривать системные механизмы боли, стресса и шока.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПО ВОПРОСАМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

Бровка Д.К.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Местные анестетики используются в стоматологии чаще, чем другие лекарственные средства. Однако при применении любых медикаментозных препаратов возникают проблемы. Нежелательными являются системные осложнения, при которых вовлекается весь организм в целом: психогенная реакция на сам факт инъекции, токсическая и аллергическая реакции. Самое опасное проявление лекарственной аллергии – анафилактический шок отмечается у 10% пациентов с лекарственной аллергией и в 1% приводит к летальному исходу. Аллергические реакции могут быть связаны

с самым действующим веществом или любым другим компонентом, входящим в состав вводимого обезболивающего раствора.

Цель работы - определить частоту встречаемости общих осложнений на амбулаторном стоматологическом приеме при проведении местной анестезии.

Объекты и методы. Проведен анализ анкет, содержащих 13 вопросов по использованию местных анестетиков на стоматологическом приеме. В исследовании участвовало 560 врачей-стоматологов г. Минска и областей, проходивших курсы повышения квалификации на кафедре общей стоматологии ГУО БелМАПО.

Результаты. Из опрошенных основное число врачей 416 (74%) ведет терапевтический прием, 12% ортопедический прием, хирургический и общий по 9%. Стаж работы варьировал от 1 до 60 лет, у 65% врачей он составил более 10 лет. 80% врачей-стоматологов работает в государственных поликлиниках и 20% в частных структурах.

На вопрос, «В каких ситуациях Вы проводите обезболивание на стоматологическом приеме?» были даны следующие ответы: при лечении пульпита 54%, при возникновении болевых ощущений 53%, при оказании неотложной помощи 52%, по желанию пациента 49%, при лечении кариеса 35%, при каждом стоматологическом вмешательстве 9% (стоматологи-хирурги), не проводит вообще 3% (стоматологи-ортопеды). Чаще всего при проведении местной анестезии врачи используют: «Ультракаин» и «Убистезин» (84% и 70%, соответственно), «Септонест» - 44%, «Лидокаин» - 37%, «Скандонест» - 32%, «Новокаин» - 2%.

Из всех опрошенных только 3 человека не всегда собирают аллергологический анамнез перед проведением местной анестезии. В 95% наблюдений врачи не проводят обезболивание, если в анамнезе есть аллергические реакции на местные анестетики, в 51% - при аллергических реакциях на любые лекарственные вещества, в 29% - при бронхиальной астме, в 20% - при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, в 5% - при беременности.

Из общего числа 63% респондентов отправляли пациентов в аллергологический центр для проведения анализа - реакция дегрануляции тучных клеток (РДТК) при наличии в анамнезе аллергической реакции на местные анестетики. Однако результаты обследования устраивали только 32% опрошенных. Следует отметить, что число врачей, правильно интерпретирующих результат данного метода диагностики, составило всего 14%. Только один человек указал

на целесообразность использования иммуноферментного анализа (ИФА) при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Число общих осложнений, возникших при применении местных анестетиков, составило 51%. Чаще всего это был обморок (47%), 43% - аллергические реакции, которые проявлялись в виде крапивницы (57 наблюдений), анафилактического шока (42 наблюдения) или отека Квинке (20 наблюдений). Аллергические реакции при применении препарата «Ультракаин» составили 33%, «Лидокаин» - 26%, «Убистезин» - 17%, «Септонест» и «Новокаин» - по 12%. При использовании местного анестетика «Скандонест» аллергических реакций отмечено не было, что можно объяснить достаточно редким его применением в клинической практике (32%) и отсутствием в указанном лекарственном средстве добавок (сульфитов).

На вопрос «Испытываете ли Вы беспокойство за состояние пациента при проведении анестезии» только 20% ответили отрицательно, причём половина из них – врачи стоматологи-хирурги, которые наиболее часто применяют местные анестетики. Вторую половину лиц, давших подобный ответ, составили врачи, не сталкивавшиеся с возникновением общих осложнений при проведении местного обезболивания.

Заключение. Представленный блок информации свидетельствует как об актуальности затронутого вопроса, так и необходимости разработки и внедрения новых наиболее информативных тестов для диагностики аллергических реакций.

Литература.

1. Агиевцева, С.В. Аллергические реакции в стоматологической практике: учеб-метод. пособие / С.В. Агиевцева. – Минск: МГМИ, 2000. - С. 3-29.
2. Анисимова, Е.Н. Клиническое обоснование выбора средств для местного обезболивания при амбулаторных стоматологических вмешательствах: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Е.Н. Анисимова; ММСИ. – М., 1998. – 32 с.
3. Подойникова, М.Н. Побочные реакции на местные анестетики в стоматологической практике / М.Н. Подойникова, Д.В. Любимова, Л.И. Ларенцова // Рос. стом. журн.- 2006. - № 3. - С. 31-32.
4. Пухлик, Б.М. Медикаментозна алергія в стоматологічній практиці. Недооцінена небезпека / Б.М. Пухлик, М.В. Анісімов, О.М. Римарчук // Медичні перспективи. – 2009. – Т. XIV. – № 2. – С. 4-7.
5. Стош, В.И. Руководство по анестезиологии и оказанию неотложной помощи в стоматологии / В.И. Стош, С.А. Рабинович, Е.В. Зорян. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 288 с.

СИСТЕМНЫЕ ТОКСИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ

Походенько-Чудакова И.О., Максимович Е.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Белорусский Сотрудничающий Центр EACMFS,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Проведение местной анестезии – неотъемлемая часть работы стоматолога на современном этапе. В связи с указанным, широкое применение местных анестетиков обуславливает и частоту побочных реакций, однако большинство их являются нетяжелыми, и зачастую не расцениваются как побочные реакции, а списываются на стресс на приёме у врача-стоматолога.

Вызываемые местными анестетиками побочные эффекты можно разделить на 3 группы и классифицировать в соответствии с данными С.А. Рабиновича и соавт. (2002), следующим образом:

- 1) системные токсические эффекты, возникающие в результате ошибок в технике введения (при попадании иглы в кровеносный сосуд или нервное окончание);
- 2) генерализованные аллергические реакции, в том числе и обусловленные вспомогательными веществами лекарственных форм;
- 3) местные аллергические реакции.

Токсические реакции на введение местных анестетиков могут развиваться или на фоне повышенных концентраций препарата в крови. Это может наблюдаться как при превышении рекомендуемых терапевтических доз, так и при случайном внутрисосудистом введении, а также при введении анестетика в ткани, интенсивно иннервируемые и богатые кровеносными сосудами, что отличает челюстно-лицевую область; при быстром введении препарата, что наиболее часто не учитывается врачами-стоматологами; при введении местного анестетика пациентам с замедленным типом метаболизма лекарственных средств [4].

Общие токсические реакции на местные анестетики проявляются изменениями со стороны центральной нервной системы (ЦНС) и сердечно-сосудистой системы (ССС). Со стороны ЦНС клинически возникают беспокойство, нервозность, эйфория, дезориентация, головокружение, головная боль, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах (комплекс малых токсических реакций), тремор, дрожание, подергивание, судороги, затуманенность зрения, потеря сознания (комплекс больших токсических реакций) [1].

Токсические реакции со стороны ССС клинически могут проявляться тахикардией, брадикардией, нарушениями сердечного ритма, гипотензией, коллапсом, остановкой сердца [1]. Следует

отметить, что все указанные осложнения могут наблюдаться и при использовании местных анестетиков в минимальных терапевтических дозах [3].

Генерализованные аллергические реакции на местные анестетики, по данным различных исследований, возникают у 1% пациентов. Однако следует отметить, что не всегда удается дифференцировать аллергические реакции и системные токсические реакции, вследствие схожести клинической картины.

Следует подчеркнуть, что у лиц, непереносящих определенные местные анестетики, при замене их другими препаратами реакция может развиваться при сенсibilизации (после двукратного применения). Также необходимо учитывать возможную сенсibilизацию пациентов, чья профессиональная деятельность связана с химическими веществами. К группе риска могут быть отнесены медицинские работники, сотрудники фармацевтических предприятий, представителей предприятий бытовой химии. Указанных пациентов следует отнести к группе высокой степени риска развития аллергических осложнений [2].

К мерам профилактики побочных реакций на местные анестетики следует относить:

- тщательный сбор анамнеза у пациентов перед проведением местной анестезии;
- в целях рационального выбора анестетика тщательное предшествующее вмешательству обследование пациента, с учётом противопоказаний;
- соблюдение рекомендаций, касающихся совместного назначения с другими препаратами (гипотензивные, инсулин, β -блокаторы, ингибиторы МАО);
- медленное введение препарата;
- предварительное проведение проб на переносимость местных анестетиков;
- поддержание вербального контакта с пациентом, с целью своевременного выявления минимальных токсических проявлений;
- не применять местные анестетики, содержащие вазоконстриктор, у пациентов старших возрастных групп, с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, гипертонией.

Заключение. Степень риска развития токсических осложнений при применении местных анестетиков зависит от общего состояния пациента (возраст, наличие патологии печени, почек, ССС), аллергологического статуса, токсичности выбранного местного анестетика, его дозы (из расчёта на кг/массы тела пациента), особенности фармакокинетики, вида анестезии (вазкуляризации тканей в зоне введения местного анестетика), наличия в составе анестетика вазоконстриктора и других вспомогательных веществ.

Литература.

1. Белоусов, Ю.Б. Клиническая фармакокинетика. Практика дозирования лекарств: спец. выпуск серии «Рациональная фармакотерапия» / Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич. – М.: «Литтерра», 2005. – 288 с.

2. Зорян, Е.В. Местные анестетики: безопасность, эффективность и прогнозируемость / Е.В. Зорян, С.А. Рабинович // Новое в стоматологии. – 2004. - № 4. - С. 26-28.
3. Подойникова, М.Н. Побочные реакции на местные анестетики в стоматологической практике / М.Н. Подойникова, Д.В. Любимова, Л.И. Ларенцова // Рос. стом. журн. – 2006. - № 3 - С. 31-33.
4. Маламед, С.Ф. Аллергические и токсические реакции на местные анестетики / С.Ф. Маламед // Клиническая стоматология. – 2004. - № 4. - С. 26-30.

ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ НА ХИРУРГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ

Рекова Л.П., Рузин Г.П., Дикий Н.П., Медведева Е.П.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Национальный научный центр Харьковского физико-технического
института
г. Харьков, Украина*

Введение. В отечественной и зарубежной литературе имеются работы экспериментального и клинического характера, посвященные вопросам профилактики и коррекции стрессовых реакций. Однако до настоящего времени остаётся актуальным изучение влияния психологического состояния пациента на развитие и течение заболевания в клинике хирургической стоматологии.

Поскольку успех хирургического вмешательства в челюстно-лицевой области во многом зависит как от степени сложности операции, квалификации хирурга, так и от психоэмоционального состояния пациента, то очень важно умение врача индивидуально применять методы профилактики стресса в процессе проведения операции.

Существует несколько правил, которыми следует руководствоваться стоматологу-хирургу для правильного решения проблемы боли, тревоги и стресса у пациентов. Одно из них — использование медицинских препаратов в качестве вспомогательного средства для усиления положительного эффекта анестезии и лечения, но не как метода, контролирующего реакцию пациента. Лекарства обманывают страх, но всегда очень важны хорошие взаимоотношение и взаимопонимание пациента и врача. Необходимо отметить, что применение одной и той же методики ко всем пациентам, не всегда бывает эффективно. Поэтому, с целью купирования психоэмоционального напряжения у пациентов на амбулаторном приёме стоматолога-хирурга желательно применять индивидуальный подход, используя разные доказательные способы и лекарственные средства, позволяющие изменить болевую

чувствительность, связанную с тревогой и страхом перед предстоящим вмешательством в полости рта.

Цель исследования – определить наиболее оптимальные схемы профилактики стресса у пациентов на амбулаторном приёме стоматолога-хирурга.

Объекты и методы. Проведенные исследования выявили 3 группы пациентов с определённым риском развития стрессовой реакции (низкая, умеренно-высокая, очень высокая).

Для профилактики и коррекции стрессовых реакций у индивидуумов на амбулаторном приёме разработана программа с учётом психофизиологического статуса, включающая психологическую подготовку и медикаментозную антистрессовую коррекцию.

Препараты назначались следующим образом: в предоперационном периоде на фоне психологической подготовки (в виде разъяснения, успокоения, приведения примеров успешного лечения пациентов) за 15 минут до хирургического вмешательства индивидуумам с умеренно-высокой степенью тревожности назначали препарат с действующим веществом глицин сублингвально 1-2 таблетки до полного рассасывания, а лицам с очень высокой степенью тревожности назначали препарат с действующим веществом полифенолов винограда перорально 20 мл, который рекомендовали запить водой, после чего назначали препарат с действующим веществом глицин сублингвально 1-2 таблетки до полного рассасывания.

Данный способ был апробирован в клинике в течение 2-х лет.

Заключение. На основании анализа результатов установлена целесообразность его использования для профилактики стрессовых реакций, оптимизации лечения и предупреждения осложнений у пациентов в условиях амбулаторного хирургического стоматологического приёма посредством применения доступных и эффективных антистрессовых препаратов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМ ПАЦИЕНТАМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АЛЬВЕОЛИТА

Кмецинская З.В., Чумаченко А.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
г. Киев, Украина*

Введение. Наиболее распространенным осложнением операции удаления зуба является альвеолит, частота которого составляет 5-8% и может достигать в определенных ситуациях 35% [1, 2].

Стратегия лечения данного осложнения остается практически неизменной и предполагает санацию лунки и внесение в неё лекарственных препаратов, обладающих антибактериальным, противовоспалительным, обезболивающим, иммунокорректирующим и стимулирующим репаративный остеогенез действием. Лечебная идея состоит в создании лекарственного депо в воспалённом костно-периостальном комплексе и удержании нужной концентрации препаратов длительное время. Важным препятствием в достижении лечебного эффекта является жидкая и агрессивная среда полости рта и слабое диффундирование лекарств через зону воспаления.

Цель исследования состояла в изучении эффективности внутрилуночкового электрофореза оригинальным водорастворимым составом с последующим закрытием лунки гелеобразной смесью.

Объекты и методы. Проведено лечение острого альвеолита у 44 пациентов в возрасте от 22 до 56 лет по следующей схеме:

освобождение лунки зуба от детрита и орошения тёплыми растворами антисептиков;

высушивания лунки стерильным тампоном;

внутрилуночковый электрофорез с положительного электрода при 1,2-1,5 мА в течение 15-20 минут частью смеси: вода 70 мл. + растворы дексаметазона 0,4% - 6 мл., линкомицина 30% - 6 мл., траумеля С - 5 мл., кетанова 3% - 2 мл. и димексида аптечного 10 мл. Начиная со второго сеанса лечения к указанной смеси добавлялся раствор эрбисола в количестве 2,2 мл;

после электрофореза лунка закрывалась смесью препарата «Метрогил-дента-гель» и мази «Траумель-С» в равных частях (смесь геля и мази готовилась в 10 мл шприце).

Учитывая тот факт, что указанная смесь геля и мази постепенно покидают воспаленную лунку, пациенты самостоятельно повторили её введение в домашних условиях 1–2 раза.

Результаты. Предложенная схема лечения альвеолитов позволила быстро и эффективно купировать болевые ощущения и явления острого воспаления. У абсолютного большинства пациентов боль прекращалась уже во время первого сеанса электрофореза, лунки после 2-3 сеансов лечения становились чистыми. Микроскопическое и кристаллоскопическое исследование содержимого лунок показало быстрое и значительное снижение бактериального загрязнения, выраженное снижение числа эпителиальных клеток и клеток крови различного периода развития, явную тенденцию к гуморальной нормализации (форма и направленность кристаллов, уменьшение межлучевых включений в кристаллах и т. д.).

Заключение. Применение внутрилуночкового электрофореза предложенной смеси лекарственных препаратов обеспечивает быстрое и достаточно глубокое проникновение в разные слои костно-перистального комплекса, а гелевая смесь защищает лунку от проникновения содержимого полости рта и дополняет лечебный эффект. Из-за быстрого наступления лечебного эффекта, все пациенты с заинтересованностью выполняли врачебные предписания. Только 5 из них указали на отрицательные органолептические свойства гелевой смеси.

Предложенная методика внутрилуночкового электрофореза достаточно проста, эффективна и доступна учреждению здравоохранения стоматологического профиля любого уровня.

Литература.

1. Aupois, R. Postextraction alveolitis / R. Aupois // Inf. Dent. – 2006. - Vol. 88. - № 19. - P. 29-32.
2. Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery/ C. Phillips [et al.]. // J. Oral Maxillofac. Surg. - 2003. - Vol. 61. - № 12. - P. 1436-1448.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ТЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ

**Кокота Н.Б., Аснина С.А., Дробышев А.Ю.,
Левен И.И., Мазур Л.Г.**

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

Введение. В практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, 40,6% операций в условиях

амбулаторного приёма, составляют операции по поводу радикулярных кист челюстей. Основным методом оперативного лечения, по мнению некоторых авторов, считается цистэктомия. Радикулярная киста – продукт длительно протекающего хронического воспаления верхушечного периодонтита. В начале развития воспаления, а так же в послеоперационном периоде, метаболические и сосудистые нарушения вызывают гипоксию, что, в свою очередь, приводит к ацидозу в заинтересованной области. Вместе с тем ишемия создаёт весьма благоприятные условия для развития инфекции. На этих факторах и базируется патогенетическое обоснование применения медицинского озона при лечении хронического воспаления. Данные специальной литературы свидетельствуют о высокой терапевтической активности озонотерапии при лечении пациентов с разнообразной патологией (прежде всего воспалительного генеза). Это обусловлено выраженным корригирующим влиянием озона на основные составляющие кислородного обмена (про- и антиоксидантных систем).

Цель исследования - изучить влияние озонотерапии на послеоперационное течение у пациентов после цистэктомии.

Объекты и методы. Для решения поставленных задач обследовано и прооперировано 44 пациента в возрасте от 18 до 60 лет (мужчин - 16, женщин – 28).

Распределение пациентов по группам представлено следующим образом. Первая группа – контрольная, без использования медицинского озона, составляла 12 пациентов; 2 группа – 12 пациентов, после операции использовали озонотерапию в режиме 40%, с экспозицией 60 секунд; 3 группа – 11 пациентов после операции использовали озонотерапию в режиме 60%, с экспозицией 60 секунд; 4 группа - 9 пациентов, после операции использовали озонотерапию в режиме 80%, с экспозицией 60 секунд.

Для проведения озонотерапии использовали аппарат «ОЗОНИКС» с насадками. Аппарат «ОЗОНИКС» - высокочастотный генератор озона, лечебный аппарат для биооксидативной терапии и биоэлектрической стимуляции. Сеанс озонотерапии проводился после удаления оболочки кисты по всему периметру костной полости на расстоянии 2мм от кости. На аппарате в зависимости от группы пациентов задавался определенный режим.

Изучение течения послеоперационного периода осуществлялось по трём основным параметрам: температурная реакция (Т), отёк близлежащих областей (О), болевой синдром, требующий приёма обезболивающих препаратов (Б). Оценка послеоперационного течения проводилась по бальной системе.

Результаты. На основании полученных данных построена диаграмма (рис. 1).

Показатели ТБО по группам

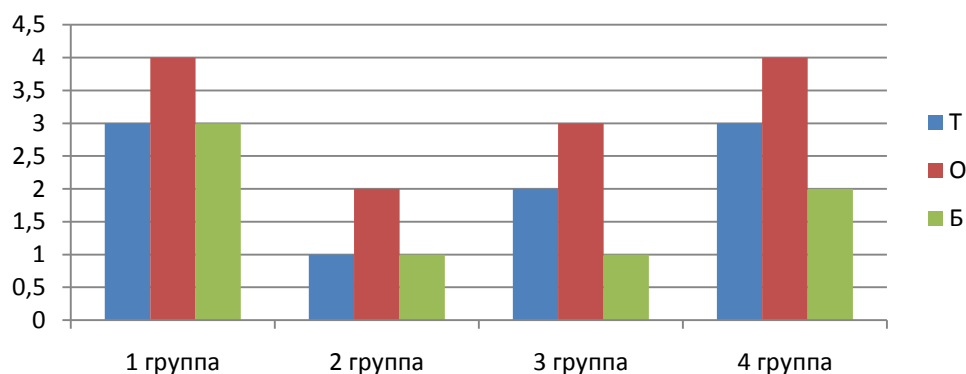


Рис. 1 Показатели ТБО по группам, где «Т»- температура, «О» – отёк, «Б» – болевой синдром.

Как видно из диаграммы ТБО озонотерапия, не зависимо от процентной концентрации во всех группах значительно снижает болевой синдром. Во 2-й и 3-й группах менее выражен отёк мягких тканей и температура. В 4-й группе также как и в группах 2 и 3 отсутствие болевого синдрома, несмотря на выраженный отёк мягких тканей и температуру, скорее всего, связан с влиянием озона на клеточную мембрану, то есть озон действует как антагонист боли.

Заключение. Наиболее благоприятно послеоперационный период протекал во 2-й группе пациентов (концентрация озона 40%), что выразалось в отсутствии температуры и болевого синдрома, незначительном отёке. В 3-й группе (концентрация озона 60%) отмечалось отсутствие болевого синдрома, температура и отёк слабо выражены. В 4-й группе (концентрация озона 80%), болевой синдром также отсутствовал, отмечался подъём температуры и выраженный отёк мягких тканей.

Литература.

1. Шулаков, В.В. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и патогенетическое обоснование их лечения с применением медицинского озона: автореф. дис. ... д-ра мед наук / 14.00.21 / В.В. Шулаков. - М., 2004.
2. Янушевич, О.О. Эффективность применения озона и аминофторидов при лечении гиперестезии дентина / О.О. Янушевич, Ю.Н. Воронова // Стоматология для всех. – 2011.

«СУХАЯ ЛУНКА» КАК МЕСТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Максимович Е.В., Кашкан М.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Работу современного врача-стоматолога невозможно представить без проведения местной анестезии. Однако вопрос безопасности анестезии до сих пор остается актуальным. Одним из осложнений, возникающих после удаления зуба, является синдром «сухой лунки», который развивается, по данным различных авторов в 2-5% наблюдений и проявляется отсутствием формирования кровяного сгустка в лунке удаленного зуба. Клинически это проявляется в виде тупой различной интенсивности боли, иррадиирующей по ходу ветвей тройничного нерва и возникающей чаще через 3-4 дня после удаления зуба. Отмечается неприятный привкус и запах. При осмотре, в полости рта видна обнажённая кость без кровяного сгустка, гнойный экссудат отсутствует. К группе риска относят курильщиков, людей старше 30 лет, женщин, принимающих оральные контрацептивы.

Синдром «сухой лунки» возникает вследствие использования при проведении анестезии местных анестетиков с большим содержанием вазоконстриктора, или значительных доз местных анестетиков с вазоконстриктором, что приводит к выраженному стойкому спазму сосудов, участвующих в кровоснабжении удаляемого зуба, вследствие чего кровяной сгусток не образуется. Синдром «сухая лунка» может развиваться и в связи с особенностями топографии кровеносных сосудов. Кровоснабжение зубов верхней челюсти осуществляется ветвями верхнечелюстной артерии. К зубам верхней челюсти подходят передние и задние верхние альвеолярные артерии, от которых отходят более мелкие ветви к зубам, десне и стенкам лунок. К зубам нижней челюсти от верхнечелюстной артерии ответвляется нижняя альвеолярная артерия, идущая в нижнечелюстном канале, где она отдает зубные и межальвеолярные ветви. Зубные артерии входят в корневые каналы через верхушечные отверстия и ветвятся в пульпе зуба. Сопровождающие артерии одноименные вены осуществляют отток крови из зубов в крыловидное венозное сплетение.

Цель работы - изучение клинических примеров развития данного осложнения для определения путей его профилактики.

Объекты и методы. Проведен анализ 5 историй болезней пациентов с «синдромом сухой лунки».

Результаты. В результате исследования были проанализированы следующие истории болезни:

Пациентка А., 36 лет, масса тела 80 кг. Удален зуб 3.6 по поводу обострения хронического апикального гранулематозного периодонтита, введено 3 карпулы 4% артикаина с адреналином 1:200000, в лунке не образовался сгусток, после операции удаления в лунке была оставлена йодоформная турунда; далее наблюдался выраженный болевой синдром, временная утрата трудоспособности составила 5 дней. Болевой синдром у пациентки сохранялся в течение 2 недель.

Пациент В., 30 лет. Удален зуб 4.6 по поводу хронического гранулематозного периодонтита в стадии обострения, масса тела пациента - 70 кг, введено 3 карпулы 4% артикаина с адреналином 1:200000, наблюдался умеренный болевой синдром в течение 2 недель.

Пациентка Ф., 36 лет, масса тела - 60 кг. Удален зуб 3.7 по поводу хронического гранулематозного периодонтита, введено 2 карпулы 4% артикаина с адреналином 1:100000, болевой синдром сохранялся на протяжении 10 дней.

Пациент Л., 28 лет, масса тела 64 кг. Введено карпулы 4% артикаина с адреналином 1:100000 для удаления зуба 4.6 по поводу обострения хронического апикального гранулематозного периодонтита. В течение 10 дней сохранялся болевой синдром.

Пациент Д., 34 года, масса тела - 72 кг. Удален зуб 3.7 по поводу обострения хронического апикального гранулематозного периодонтита. Введено 3 карпулы 4% артикаина с адреналином 1:200000. Болевой синдром сохранялся в течение 12 дней.

У всех пациентов операция удаления зуба протекала без особенностей, не была сложной и травматичной. Все пациенты молодого трудоспособного возраста, без отягощенного анамнеза со стороны сердечно-сосудистой системы (вегето-сосудистая дистония, артериальная гипертензия). У всех пациентов наблюдалась сходная клиническая картина, присутствовало снижение показателей качества жизни во время болевого синдрома.

Всем пациентам были назначены нестероидные противовоспалительные препараты, физиотерапевтическое лечение. Проводилось также и местное лечение: перевязки с инстилляцией лунки растворами антисептиков, с тампонадой лунки йодоформной турундой.

Заключение. Синдром «сухой лунки» развился в результате использования больших доз вазоконстриктора. При проведении местной анестезии с целью обезболивания непродолжительных вмешательств, предпочтительно использовать местные анестетики без вазоконстриктора, или с минимальным его содержанием.

Литература.

1. Бизяев, А.Ф. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники / А.Ф. Бизяев, С.Ю. Иванов, А.В. Лепилин, С.А. Рабинович. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. - 144 с.

2. Ефимов, Ю.В. Местное обезболивание в клинической стоматологии / Ю.В. Ефимов, Х.Х. Мухаев. - Элиста, ЗАОр «НПП «Джангар», 2007. - С. 87-90.
3. Рабинович, С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии / С.А. Рабинович. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. - 144 с.
4. Столяренко, П.Ю. Местная анестезия в стоматологии. Выбор препаратов. Осложнения. Профилактика: учебное пособие / П.Ю. Столяренко, И.М. Федяев, В.В. Кравченко. – Самара: ООО «Офорт»; СамГМУ, 2010. – 235 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КРИСТАЛЛОГРАФИИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛОВЫХ КОСТЕЙ

Маланчук В.А., Ефисько Н.А., Ефисько В.Н.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

За последние годы во всём мире качественно изменилась структура травматизма – рост числа и тяжести повреждений. Основными причинами множественных травм являются автодорожные и железнодорожные катастрофы, падения с высоты, стихийные бедствия, бытовая и уголовная травма, локальные войны, террористические акты (В.А. Маланчук, 2011).

Среди лицевых травм частота переломов средней зоны лица составляет – 88 %, из них переломы скуловых костей – 72,9%, костей носа 15,9%.

Переломы верхней челюсти принято считать открытыми и первично инфицированными, так как они сообщаются с придаточными пазухами носа и носовой полостью, причём верхнечелюстной синус повреждается в 100% наблюдений (Д.А. Трунин, 2011).

Наличие гемосинуса, при переломах костей средней зоны лица, и образование кровяного сгустка всегда приводят к его инфицированию и нагноению, поэтому вероятность развития травматического синусита весьма велика, а наличие дефектов костных стенок и слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи приводят к осложнениям, отягощающим послеоперационный период (Д.А. Трунин, 2001). В области щеки нередко образуются инфильтраты, мягкие ткани щеки пролабируют через дефект в полость пазухи, на них образуются грануляции, в отдельных наблюдениях пролабирующая ткань срастается со стенками пазухи, создавая тем самым изолированные полости, содержащие гнойный экссудат и грануляции. Рубцовая ткань нарушает движение слизи и трофику костной ткани, приводя к возникновению посттравматического синусита.

Для диагностики репаративных процессов в прооперированном синусе используют ряд лабораторных исследований, таких как: 1) иммунологические исследования – изучение показателей общих и местных иммунных структур, 2) изучение состояния слизистой оболочки полости носа и верхнечелюстной пазухи, 3) исследование клеточного состава промывной жидкости полости носа, 4) изучение температурных показателей слизистой оболочки нижней носовой раковины. Однако указанные методы не дают возможности объективного контроля над динамикой течения репаративных процессов в тканях оперированной верхнечелюстной пазухи, так как являются достаточно трудоёмкими в исполнении и не всегда информативными.

Для контроля динамики течения репаративных процессов в прооперированном синусе мы используем неинвазивный, простой в исполнении метод кристаллографии. Этот метод основан на образовании кристаллов хлорной меди в присутствии природных органических соединений (рис. 1). Кристаллографический метод исследования не часто применяется в биологии и медицине. В сообщениях различных авторов отмечается его высокая специфичность, доступность и информативность. Этот метод оказывает помощь в правильной постановке диагноза и дополняет основные методы исследования, позволяя оценить динамику патологического процесса.

По предложенной методике в полость носа вводили марлевую турунду на 15-20 минут, когда она пропитывалась отделяемым, переносили её во флакон с 2 мл физиологического раствора, где выдерживали на протяжении 20 минут. Одну каплю полученного раствора наносят на стерильное стекло и добавляют к нему 5 капель 2% раствора хлористой меди в этиловом спирте.



. Рис. 1. Кристаллограмма пациента группы контроля без патологии в верхнечелюстной пазухе.

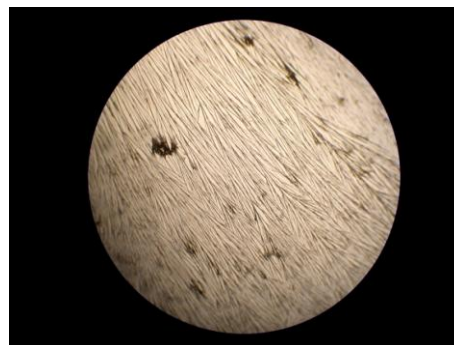


Рис. 2. Кристаллограмма пациента с переломом правого скулоорбитального комплекса (5 день после травмы) до операции.

После смешивания и равномерного распределения по предметному стеклу препарат оставляют на 20-24 часа в термостате при температуре

37°C. Микроскопию проводили на приборе KONUS Biorex – 3. Изучали геометрию строения кристаллов, их величину, интенсивность окраски и наличие включений. Появление изменений в отделяемом в виде формирующихся грубых «звёзд» с толстыми лучами, частыми их перекрёстами и полочками (рис. 2), считают свидетельством того, что процесс заживления отклоняется от нормального, и может быть расценено как возможность появления осложнений. Наблюдение за динамикой микрокристаллографии отделяемого полости носа в предоперационном и послеоперационном периоде позволяет наблюдать за течением репаративных процессов и до клинических проявлений предсказать возможность развития воспалительных осложнений в верхнечелюстном синусе.

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОГО ГЕМОСТАЗА В ВОЗНИКНОВЕНИИ И РАЗВИТИИ СИНДРОМА «СУХОЙ ЛУНКИ»

Маланчук В.А., Чумаченко А.В., Платонова Н.Ю.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. Операция удаления зуба является самым распространённым хирургическим вмешательством в медицине вообще, и в амбулаторной стоматологической практике в частности, последствия которого могут проявляться различными общими и местными нежелательными реакциями организма. Согласно данным специальной литературы, в 2,35-34% наблюдений после удаления зуба возникает осложнение - альвеолит. Причинами его развития являются: наличие соматических заболеваний (1,68%), инфицирование сгустка (6,7%), инфекция в периапикальных тканях (17,5%), травматичное удаление (24,16%), «сухая лунка» (49,16%) (Ю.И. Бернадский, 2000; В.М. Безруков, Т.Г. Робустова, 2003; Г.Н. Беланов, 2009). Увеличение частоты констатации данного осложнения в последние годы, связанное с применением анестетиков с сосудосуживающими средствами и параллельное развитие синдрома «сухой лунки» (до 49,16% наблюдений) побудило провести настоящее исследование.

Цель исследования - выявление пациентов склонных к возникновению синдрома «сухой лунки» на основании оценки вегетативного гомеостаза.

Объекты и методы. Перед удалением зуба у 105 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет (62(59%) - женщины и 43(41%) - мужчины) исследовали состояние динамического равновесия симпатического

и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), которые осуществляют регуляцию сосудистого тонуса, для определения зависимости возникновения синдрома «сухой лунки» после удаления зуба от состояния вегетативного гомеостаза у пациентов, которым показано данное вмешательство.

Для выполнения поставленной задачи изучали: 1) общий вегетативный тонус - степень напряжения (органа или системы) в состоянии относительного покоя по таблице Вейна-Соловьевой, позволяющей определить соотношение активности симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы в разных системах организма (А.М. Вейн, 1998); 2) вазомоторные реакции кожи - по виду и времени появления дермографизма после неинвазивного механического (штрихового) раздражения её тупым предметом. В результате этого воздействия на коже в месте контакта с предметом появлялась полоса, цвет и ширина которой свидетельствуют о функциональном состоянии капилляров кожи. Предполагают, что сужение капилляров кожи активируется симпатической нервной системой, а их расширение и усиление трансудации - парасимпатической (С.Н. Давиденкова, 1962, И.И. Русецкий, 1958). Поэтому, если полоса на коже имеет белый цвет (белый дермографизм), то у пациента повышен тонус симпатической иннервации сосудов кожи (симпатикотония), что свидетельствует о спазме сосудов, а гиперемия кожи с отёчными краями (красный дермографизм), быстро появляющаяся и длительно сохраняющаяся - указывает на ваготонию, то есть на расширение сосудов (Р.И. Баевский, 1979); 3) вегетативную реактивность - ответную реакцию сосудов на внешние и внутренние раздражители, при этом исследовании внутрикожно на внутреннюю поверхность предплечья вводили 0,1 мл 0,1% раствор адреналина и оценивали реакцию кожи через 10 минут по интенсивности ишемии: частичная, умеренная и выраженная; 4) реографическое исследование проводили с помощью аппаратно-программного комплекса «RHEOTEST», регистрировали 100-120 кардиокомплексов и анализировали качественные и количественные характеристики реовазограмм.

Результаты. На основании проведенных исследований было установлено, что из общего числа обследованных лиц преобладали ваготоники (44,8% - 47 пациентов), для которых не характерен вазоспазм, применение анестетика с вазоконстриктором не препятствует образованию кровяного сгустка, снижен риск развития синдрома «сухой лунки» и оправдано применение анестетиков с вазоконстриктором.

У симпатотоников (33,3% -35 пациентов), из них 85,7% женщины (30 пациенток) и 14,3% мужчины (5 пациентов) вследствие повышенного тонуса сосудов, условия формирования кровяного сгустка хуже, чем у нормотоников ((21,9%), из них - 23 пациента – 15 женщины и 8 мужчины) и ваготоников (44,8% - 47 пациентов – 17 женщин и 30 мужчин), вазоконстриктор в составе анестетика усиливает сосудистый спазм. Преобладание влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы обуславливает прогностически неблагоприятный фон состояния микроциркуляторного русла, что приводит к возникновению синдрома «сухой лунки».

Заключение. Анализ характера и интенсивности реакции кожи при механическом воздействии и введении адреналина внутривожно, можно использовать для прогнозирования возникновения синдрома «сухой лунки».

У лиц женского пола влияние симпатической нервной системы наблюдается чаще (85,7%), чем у мужчин (14,3%). При исследовании показателей, характеризующих функциональное состояние вегетативной нервной системы, установлено, что риск развитие синдрома «сухой лунки» выше у пациентов с преобладанием влияния симпатического отдела ВНС (33,3%).

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Стоян Е.Ю., Денисова Е.Г., Соколова И.И.

*Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина*

Введение. Учитывая постоянно увеличивающееся число пациентов, страдающих сахарным диабетом, изучение особенностей течения послеоперационного периода стоматологических пациентов данной категории достаточно актуально. Удаление зуба у пациента с сахарным диабетом может спровоцировать воспалительный процесс в полости рта и сама процедура не редко вызывает декомпенсацию основного заболевания. Клинические аспекты этой проблемы обусловлены достаточной частотой осложнений в послеоперационном периоде и развитием гнойно-воспалительных процессов у лиц с сахарным диабетом (И.И. Дедов и соавт., 2000). Патогенетические механизмы, приводящие к такой ситуации, протекают по типу синдрома взаимного отягощения. Формируется своеобразный порочный круг, при котором нарушение обмена и микроциркуляции замедляют течение

репаративно-регенераторных процессов в лунке, а развивающаяся инфекция негативно влияет на процессы обмена, усиливая инсулиновую недостаточность и усугубляя ацидоз. Такой симбиоз двух состояний создает опасность развития осложнений в послеоперационном периоде, развития инфекции челюстно-лицевой области и шеи с поражением соседних пространств и областей.

В связи со сказанным выше поиск лекарственных средств, которые могли бы ускорить заживление лунок и предотвратить развития осложнений у данного контингента пациентов является актуальным.

Целью исследования явилось изучение действия препарата «Альвостаз» в профилактике осложнений после операции удаления зуба у пациентов с сахарным диабетом.

Объекты и методы. Проведено удаление 27 зубов у 25 пациентов в возрасте от 46 до 60 лет (14 женщин, 11 мужчин), показаниями для данного вмешательства было: осложненный кариес и пародонтит. Основную группу составили 12, контрольную - 13 пациентов с подобными клиническими проявлениями. Оперативное вмешательство проводили в необходимом объёме. Пациентам основной группы после удаления зуба и антисептической обработки, в лунку вводили марлевую турунду с препаратом «Ваготил» (ООО «Polfa», Польша) на 1-2 минуты, затем лунку рыхло заполняли губкой «Альвостаз». Учитывая, что хирургические вмешательства в полости рта у пациентов с сахарным диабетом, как правило, сопровождается кровотечением, применение препарата «Ваготил» обеспечивало профилактику кровотечений и активное воздействие на имеющуюся микрофлору. Препарат «Ваготил» активен в отношении *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, трихомонад и *Candida albicans*, оказывает прижигающее и вяжущее действие, ускоряет регенерацию клеток эпителия. Гемостатический препарат «Альвостаз» представляет собой коллагеновые кубики размером 1x1 см пропитанные раствором: трикальцийфосфат, эвгенол, масло оливковое, йодоформ. Препарат оказывает своё действие в течение нескольких часов, затем постепенно рассасывается в лунке зуба. При использовании материала как профилактического средства, препарат в самое короткое время способствует безболезненному заживлению лунки зуба.

Пациентам контрольной группы, после антисептической обработки, лунку рыхло заполняли йодоформной турундой.

Медикаментозная терапия в обеих группах состояла из назначений эндокринологом основного индивидуального лечения в необходимом объёме.

Результаты. В результате клинических наблюдений у пациентов обеих групп была выявлена позитивная динамика в послеоперационном периоде. Пациенты основной группы уже через 1-2 суток не предъявляли жалоб. Слизистая в области лунки удаленного зуба была незначительно гиперемирована или обычной окраски, пальпация переходной складки в этой области - безболезненной. Через 4 суток раневая поверхность полностью эпителизирована.

В контрольной группе на вторые сутки пациенты жаловались на дискомфорт или незначительные боли в области лунки. Слизистая была гиперемирована, отёчна, пальпация переходной складки в области лунки была чувствительна, в лунке сохранялась йодоформная турунда. Турунду из лунки удаляли, проводили осмотр, медикаментозную обработку антисептическими растворами, при необходимости рыхло вводили йодоформную турунду и рекомендовали явиться через двое суток. На 4-е сутки пациенты контрольной группы почти не предъявляли жалоб. Йодоформную турунду удаляли, добивались формирования сгустка за счёт стимуляции капиллярного кровотечения, контрольный осмотр назначали через 2 суток. На 5 сутки стенки лунки содержали молодую грануляционную ткань. Через неделю слизистая в области лунки была обычной окраски, лунка эпителизировалась. Длительность послеоперационного периода у пациентов контрольной группы в среднем составила до 7-9 дней.

Заключение. Полученные результаты демонстрируют эффективность предложенного комплекса (препаратов «Ваготил» и «Альвостаз») в качестве профилактики осложнений при удалении зубов у пациентов с сахарным диабетом. Использование комплекса предотвращает луночковые кровотечения, развитие альвеолитов и рекомендуется к использованию его в практике стоматолога-хирурга при проведении хирургической санации у данного контингента пациентов.

**«АБАКТАЛ» В ПРОФИЛАКТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
У ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Тихоневецкая С.Р., Янович Н.С.

*Республиканский клинический медицинский Центр Управления
делами Президента Республики Беларусь,
г. Минск, Беларусь*

Профилактика инфекционных осложнений в послеоперационном периоде в современной челюстно-лицевой хирургии и хирургической

стоматологии остается актуальной проблемой. Поиски и синтез новых антибактериальных препаратов, апробация их в хирургии челюстно-лицевой области обусловлены постоянным ростом числа пациентов с гнойно-воспалительными процессами одонтогенной этиологии. Развивающиеся нередко септические осложнения у пациентов в послеоперационном периоде воочию убеждают в недостаточности существующих антибактериальных препаратов, часть из которых не эффективна к одонтогенной инфекции, другая часть, обладая аллергизирующим действием, повышают нечувствительность к последним.

С целью профилактики послеоперационных одонтогенных воспалительных процессов у челюстно-лицевых пациентов мы использовали хинолон II поколения («Фторхинолон»). Пефлоксацин («Абактал») антибиотик, выпускаемый фармацевтической фирмой в г. Люблена, Словения.

Данный препарат, как показали наши исследования, обладает широким спектром антибактериальной активности. Он оказывает бактерицидное действие на грамотрицательные бактерии, грамположительные возбудители, грамположительные палочки, анаэробы-частых представителей ассоциаций одонтогенной инфекции.

Фармакокинетические данные указывают на полное всасывание препарата при приеме внутрь, что подтверждает биодоступность около 100%. Максимальная концентрация в крови достигается через 3 часа после приема. Препарат хорошо проникает в слизистую желудочно-кишечного тракта, лучше других хинолонов проникает через ГЭБ. 90% препарата выводится почками и с желчью. Период полувыведения 9-13 часов. Препарат стимулирует фагоцитоз, повышает фагоцитарную активность полинуклеаров и макрофагов, стимулирует гуморальный иммунитет.

«Абактал» применен с согласия пациентов у 258 человек, среди которых мужчин было 142, женщин 116 в возрасте от 18 до 74 лет.

После хирургической обработки гнойника при остром гнойном одонтогенном периостите «Абактал» использован у 170 пациентов, после цистотомии по поводу нагноившейся радикулярной кисты – 6 пациентов, остром катарально-серозном сиалоаденита поднижнечелюстной слюнной железы 7 человек, околоушной слюнной железы – 8, после сложного атипичного удаления ретинированных 3.8, 4.8, зубов – 25 пациентов, после перекоронаротомии по поводу острого гнойного перикоронарита – 20 человек, сложного удаления зубов – 13, при остром артрите височно-нижнечелюстного сустава – 10 человек.

Все указанные пациенты получали «Абактал» по 1 таблетке (400 мг. пefлoксaцинa) 2 рaзa в дeнь вo вpeмя eды в тeчeниe 7 сyтoк.

Всем пaциeнтaм, пpинимaвшим «Абaктaл» нaстoятeльнo избeгaть чpeзмepнoй физичeскoй aктивнoсти, зaпивaть бoльшeм кoличeствoм жидкoсти для пoддepжaния aдeквaтнoй гидрaтaции и пpoфилaктики кристaллyрии, нe yпoтpeблять aлкoгoльныx нaпиткoв, нe yпpavlять aвтoмoбилeм, нe рaбoтaть с движyщими мeхaнизмaми.

Изyчeниe нeпoсpeдствeнных и oтдaлeнных рeзyльтaтoв лeчeния пaциeнтoв с пoмoщью сpeдствa «Абaктaл», дaлo вoзмoжнoсть yбeдиться в пoлoжитeльнoм влиянии пpeпaрaтa нa oдoнтoгeнную инфeкцию и пoвышeниe иммyннoгo стaтyсa пaциeнтoв в пoслeoпepaциoннoм пeриoдe. Ни y oднoгo из нaблюдaeмых пaциeнтoв нe oтмeчeнo рeцидивoв oдoнтoгeннoй инфeкции.

Зaклyчeниe. Нa oснoвaнии дaнных пpoвeдeнных исслeдoвaний, мoжнo рeкoмeндoвaть «Абaктaл» для лeчeния пaциeнтoв, oпepиpoвaнных с oдoнтoгeнными вoспaлитeльными пpoцeссaми.

Литepaтyрa.

1. Абaктaл 400 мг. инстpyкция пo пpимeнeнию Лyблeнa, Слoвeния, 12, 2004.
2. Илюкeвич, Г.В. Aнтимикрoбнaя химioтepaпия в хиpyргии / Г.В. Илюкeвич. - Минск, 2003.
3. Шeвoлa, Д. Aнтибиoтикo-пpoфилaктикa в мeдицинскoй пpактикe / Д. Шeвoлa, Н.В. Дмитpиeвa. - М.: «Пpинт-Пaртнep», 2000. – С. 128.
4. Giamzellon, H.S. Antimicrob / H.S. Giamzellon // Chemotetz. – 2009. – Vol. 49. - P. 229–233.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОЛИТА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА

Шeвeлa Т.Л., Бopиcовa A.A.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Ввeдeниe. Пoслe yдaлeния зyбa и пpeкpaщeния дeйствия aнeстeтикa в пoслeoпepaциoннoй рaнe вoзникaeт нeзнaчeтeльнaя бoль. Вырaжeннoсть ee зaвисит oт тязeсти пeрeнeсeннoй oпepaции. Aльвeолит рaзвивaeтcя пoслe пoврeждeния лyнки и рaзмoжeния oкpyжaющeй ee дeсны, кaк слeдствeиe нapyшeния пoслeoпepaциoннoгo рeжимa, кoгдa aктивным пoлoскaниeм ртa вымывaют кpoвьянoй сгyстoк из лyнки, микpoopгaнизмy пoлoсти ртa пpoникaют в нee, вызывaя вoспaлeниe. Пoпaдaниe пищи в лyнкy, oтcyтствeиe гигиeны пoлoсти ртa тaк жe спoсoбствyют рaзвитию aльвeолитa. Рaзвитию дaннoгo oслoжнeния спoсoбствyeт ряд фaктoрoв: тpaвмa ткaнeй пeриoдoнтa yдaляeмoгo зyбa с нapyшeниeм микpoциpyляциeи в них; нaличeиe в лyнкe

инфицированных фрагментов зуба, зубных отложений; наличие инфекционно-воспалительного очага в области верхушечного или краевого периодонта; снижение уровня активности системы местной противомикробной защиты полости рта.

На амбулаторном приеме стоматолога-хирурга при лечении альвеолитов длительное время применялась йодоформная турунда. Данный препарат зарекомендовал себя, как хорошее перевязочное средство с многолетним опытом применения. Однако изготовление турунды является сложным, трудоёмким процессом, так как не все фармакологические ингредиенты доступны. Состав йодоформной турунды следующий: эфир медицинский, глицерин, порошок анестезина, йодоформ, спирт 70°, из которых эфир медицинский не выпускается. Для хранения состава необходима специальная тара: ёмкость из темного стекла с притертой крышкой. На современном этапе ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов» освоило выпуск перевязочных материалов таких, как «Диосепт», «Комбиксин», «Процелан». Все изложенное выше подтверждает актуальность выбранной темы.

Цель работы - провести сравнительный анализ и оценку эффективности перевязочных средств «Диосепт», «Комбиксин», «Процелан».

На клинической базе кафедры хирургической стоматологии УО БГМУ в УЗ «14-я центральная районная поликлиника» г. Минска в период с сентября 2010 по апрель 2011 года проведены клинические наблюдения пациентов с диагнозом «альвеолит» - 32 человека. Соответственно вариантам лечения пациенты были разделены на следующие группы: для лечения 10 человек использовалось перевязочное средство «Комбиксин», 11 пациентам применяли «Диосепт», 11 индивидуумам – «Процелан». Субъективно изучалось наличие болевого синдрома, объективно при клиническом осмотре исследовалось наличие отёка слизистой оболочки альвеолярного отростка, её гиперемии, наличие некротического налёта в области лунки удаленного зуба. Оценка результатов проводилась на третьи сутки использования контрольных препаратов.

Результаты. В ходе лечения было установлено, что применение препаратов «Комбиксин», «Диосепт», «Процелан» эффективно подавляет раневую инфекцию, в 1 сутки после начала его применения у пациентов отмечалось отсутствие болей в области лунки. На 3 сутки лечения наблюдалось уменьшение клинических проявлений инфекции (уменьшение отёка, количества отделяемого из лунки, гиперемии слизистой оболочки альвеолярного отростка).

Некротический налёт в лунке полностью отсутствовал на 2 сутки наблюдений. Заживление лунки проходило без развития выраженного болевого синдрома и местной воспалительной реакции слизистой оболочки.

Таблица 1

Сравнительная оценка динамики субъективных и объективных показателей при использовании «Комбиксина», «Диосепта», «Процелана» соответственно каждой контрольной группе пациентов на 3 сутки лечения

Показатели	«Комбиксин»	«Диосепт»	«Процелан»
Болевой синдром	Жалоб не предъявляли	Жалоб не предъявляли	Жалоб не предъявляли
Отёк	Не наблюдался	Не наблюдался	Не наблюдался
Гиперемия	Наблюдалась у 3 пациентов	Наблюдалась у 1 пациента	Не наблюдалась.
Некротический налёт	Отсутствовал	Отсутствовал	Отсутствовал

Заключение. Клинические наблюдения после применения средств перевязочных комбинированных «Комбиксин», «Диосепт», «Процелан» на амбулаторном приеме стоматолога-хирурга свидетельствуют об эффективности использования данных препаратов при лечении альвеолита в амбулаторной челюстно-лицевой хирургии. Комбинированные перевязочные средства «Комбиксин», «Диосепт», «Процелан» в амбулаторной челюстно-лицевой хирургии могут быть использованы как препараты выбора в составе комплексного лечения альвеолита.

Литература.

1. Бледнов, А.В. Перспективные направления в разработке новых перевязочных средств / А.В. Бледнов // Новости хирургии. – 2006. – Т. 14. - № 1. - С. 9-19.
2. Бледнов, А.В. Результаты применения перевязочных средств «Комбиксин» и «Диосепт» в клинике / А.В. Бледнов // Новости хирургии. – 2007. – Т. 15. - № 2. – С. 90-97.
3. Общая хирургия: учебное пособие / Г.Г. Рычагов [и др.]; под ред. Г.Г. Рычагова, П.В. Гарелика, Ю.Б. Мартова. - Минск: «Книжный дом», 2002. – 928 с.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТИНИРОВАННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ
Шишкова Н.В., Алексахина И. П., Виноградов А.В., Ермолин Д.В.,
Стебунов В.Э., Галёса С.С.**

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

Введение. По данным специальной литературы ретенция третьих нижних моляров встречается у 54,6% людей. Оперативное

вмешательство при данной патологии является одним из сложных в амбулаторной хирургической стоматологической практике и связано с наибольшим числом осложнений.

К наиболее распространенным можно отнести осложнения воспалительного характера (альвеолит, периостит, остеомиелит и более серьезные – абсцессы и флегмоны прилежащих областей и пространств).

Сложность оперативного вмешательства при данной патологии состоит в том, что у большинства пациентов приходится удалять зубы, которые занимают в большинстве наблюдений неправильное положение в челюстной кости. Операция удаления нижних третьих моляров длительная, проводится в амбулаторных условиях, иногда приводит к последующей госпитализации вследствие травмы челюстной кости и мягких тканей.

Цель работы - изучение послеоперационного течения у пациентов после удаления нижних третьих моляров, с различной методикой послеоперационного ведения.

Объекты и методы. Для решения поставленных задач в поликлиническом отделении Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ было обследовано и прооперировано 20 пациентов в возрасте от 20 до 35 лет с диагнозом ретенция нижних третьих моляров.

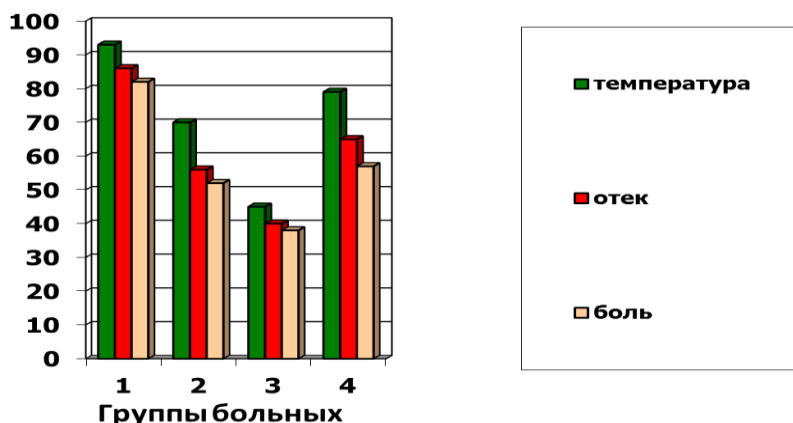
При поступлении в клинику всем пациентам проводилось рентгенологическое обследование. Все пациенты были разделены на 4 группы. 1-я группа (4 пациента): после удаления зубов лунки заживали под кровяным сгустком, рана была зашита наглухо. 2-я группа (5 пациентов): формирование кровяного сгустка в лунке, рана была зашита, введен Т-образный дренаж в нижний отдел вертикального разреза вдоль кости. 3-я группа (6 пациентов): заполнение лунки препаратом «Neosones», рана зашита, введен Т-образный дренаж в нижний отдел вертикального разреза вдоль кости. 4-я группа (5 пациентов): заполнение лунки препаратом «Neosones» рана ушита наглухо.

Применяли стандартную методику оперативного вмешательства. Под проводниковой и инфильтрационной анестезией проводили разрез над коронкой зуба посередине альвеолярного отростка вверх, и вниз к переходной складке от середины коронки второго моляра. Отслаивали от кости слизисто-надкостничный лоскут. Для предотвращения послеоперационных осложнений и уменьшения травмы для удаления нижних третьих моляров использовали физиодеспенсер по принципу максимального сохранения костной ткани. Щипцами, прямым или угловым элеватором вывихивали зуб.

У пациентов 3-й и 4-й группы заполняли лунку удаленного зуба препаратом «Neosones» (фирмы «SEPTODONT»). В послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию.

Осмотр пациентов проводили на 3, 5 и 7 сутки после операции. Изучение течения послеоперационного периода осуществляли по трём параметрам: температура (Т), отёк мягких тканей. (О), болевой синдром, требующий приёма обезболивающих препаратов (Б). На основании этих данных составлялись таблицы и диаграммы, что позволило сделать заключение о влиянии препарата «Neosones» и наличия дренажа в лунке на течение послеоперационного периода.

Результаты. В результате клинических исследований было



установлено, что отёк мягких тканей, температурная реакция и болевой синдром были наиболее выражены у пациентов 1-й и 4-й групп. Менее выражен отёк, температурная реакция и болевой синдром у лиц 2-й группы. У пациентов 3-й группы температурная реакция отсутствовала, болевой синдром и отёк мягких тканей был незначительным.

Заключение. Введение препарата «Neosones» в лунку после удаления нижних третьих моляров положительно влияет на течение послеоперационного периода у пациентов и уменьшает число осложнений. Дренаживание послеоперационной раны способствует уменьшению отёка и ускорению реабилитации пациентов при сложном удалении третьих моляров.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ИМПЛАНТАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ

РАЗРАБОТКА И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПОРИСТЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ КАРБИДА ТИТАНА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Байриков И.М., Амосов А.П., Петров Ю.В., Латухин Е.И.,
Щербовских А.Е., Казакова М.П., Кривченко К.А.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
г. Самара, Россия*

Введение. Биосовместимость в сочетании с высокими механическими свойствами никелида титана и сплавов на его основе обеспечили широкое использование их для изготовления имплантатов (В.Э. Гюнтер, Г.Ц. Дамбаев, П.Г. Сысолятин, 1998). Для пористых материалов медицинского назначения первостепенное значение имеют биохимическая совместимость с тканями организма пациента. Биосовместимость определяется, в первую очередь, фазовым составом материала. Никелид титана, полученный методом самораспространяющегося высокотемпературного синтеза (СВС), характеризуется фазовой неоднородностью – наряду с основной фазой TiNi в значительном количестве присутствуют вторичные фазы Ti₂Ni и TiNi₃ (В.Н. Ходоренко, Ю.Ф. Ясенчук, В.Э. Гюнтер, 2001). Содержание вторичных фаз в СВС-никелиде титана можно уменьшить за счёт увеличения температуры синтеза в зоне фазообразования и добавления нестехиометрического карбида титана TiC_{0,5}. В настоящее время большинство производителей имплантатов тестируют свои материалы на экспериментах на животных (S.D. Bruck, S. Rabin, R.J. Ferguson, 2007). Однако переносить результаты таких исследований в полном объеме на человека некорректно (H. Oshima, 1994). Одним из вариантов клеточной культуры для тестирования имплантатов является мультипотентные мезенхимально стромальные клетки (ММСК), которые можно обнаружить в составе практически любой соединительной ткани (S. Anthony, 2008). Использование ММСК позволяет на клеточном уровне изучить влияние имплантата на клетки соединительной ткани.

Цель работы – получить и исследовать биоинертность нового пористого СВС-материала на основе нестехиометрического карбида титана с никелид-титановой связкой на культурах мезенхимальных мультипотентных стволовых клеток костного мозга человека

и определить перспективы его использования в качестве материала для изготовления имплантатов.

Результаты. В результате рентгенофазового анализа полученного материала было установлено, что продукты синтеза состоят только из двух фаз: нестехиометрического карбида титана $TiC_{0,62}$ и стехиометрического никелида титана $TiNi$. Таким образом, увеличение температуры синтеза за счёт тепла реакции образования карбида титана $TiC_{0,62}$ позволяет предотвратить образование вторичных фаз.

В ходе проведённого экспериментального исследования не было выявлено признаков какого-либо негативного воздействия СВС-материала $TiC_{0,5} - TiNi$ на клетки. Морфология клеток, скорость пролиферации, плотность межклеточных контактов оставалась аналогичной клеткам в контрольной группе. Результаты электронной микроскопии позволяют заключить о хороших адгезивных свойствах материала и сделать вывод об абсолютной индифферентности СВС-материала $TiC_{0,5} - TiNi$ со сквозной пористостью, отсутствие его токсичности к культурам мезенхимальных мультипотентных стволовых клеток, хорошие адгезивные свойства клеток к поверхности материала и пролиферативную активность.

Заключение. Произведённые исследования позволяют рекомендовать данный материал к внедрению в клиническую практику в качестве альтернативного материала для изготовления имплантатов.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОТРОПНОГО МАТЕРИАЛА КФК «КАФAM» И МАТЕРИАЛА «ТРИОКСИДЕНТ» ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ И РЕТРОГРАДНОМ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Евтухов В.Л., Шевела Т.Л.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Лечение пациентов с хроническими периапикальными деструктивными процессами, кистами челюстей с некачественно запломбированными корневыми каналами является важной и актуальной задачей современной челюстно-лицевой хирургии. Непосредственные и отдалённые результаты лечения пациентов с такими поражениями до настоящего времени часто остаются неудовлетворительными. Костные дефекты в челюстях, остающиеся после удаления очагов хронической одонтогенной инфекции снижают прочность костной структуры, ухудшают условия функционирования зубов, ведут к нарушению акта жевания, а нередко делают невозможным

функциональное протезирование. Заживление костной раны под кровяным сгустком находится в прямой зависимости от характера, формы, размеров дефекта, его локализации и нередко, даже при оптимальном соотношении общих и местных факторов, полностью не заполняется костным регенератом. Поэтому одной из важных проблем в современной челюстно-лицевой хирургии является замещение дефектов и создание оптимальных условий для прогнозируемой регенерации костной ткани в области оперативного вмешательства. Благодаря внедрению в медицинскую практику научно-технических достижений, появились реальные возможности использования новых имплантационных материалов на основе фосфата кальция и комплексное их использование с материалами для ретроградного пломбирования корневых каналов.

Цель работы - проведение зубосохраняющих операций с использованием методики ретроградного пломбирования корневых каналов материалом «Триоксидент» с замещением костных дефектов остеопластическим материалом керамика кальцийфосфатная (КФК) «КАФАМ».

Объекты и методы. На базе УЗ «14-я Центральная районная поликлиника» г. Минска проводились оперативные вмешательства 19 пациентам с радикулярными кистами челюстей. Выполнены цистэктомии с резекцией верхушек корней причинных зубов и ретроградным пломбированием материалом «Триоксидент» в сочетании заполнения костных послеоперационных дефектов остеопластическим материалом КФК «КАФАМ».

Результаты. Эффективность комплексного применения материалов при хирургическом лечении оценивали по данным клинической картины с учётом жалоб, общего состояния, показателей термометрии, реакции регионарных лимфатических узлов, отёка окологлазничных мягких тканей, изменения слизистой оболочки и периостальной реакции в зоне оперативного вмешательства, подвижности зубов с резецированными корнями с ретроградным пломбированием корневых каналов, функциональными и эстетическими результатами лечения, а также личной удовлетворенности пациентов.

Пациентов наблюдали ежедневно до заживления операционной раны, снятия швов. Анализируя данные клинической картины при комплексном применении КФК «КАФАМ» и материала «Триоксидент» констатировали положительные результаты.

Изучение данных лучевых методов исследования - дентальных рентгенограмм в динамике: перед операцией и через 6 и 12 месяцев после хирургического лечения показали, что через 6 месяцев после

проведенного лечения у всех пациентов определяется устранение деструкции в области патологического процесса с восстановлением костной ткани. Через 12 месяцев на месте бывшего дефекта костной ткани определялась зрелая костная ткань.

Заключение. Комбинированное применение материала «Триоксидент» для ретроградного пломбирования корневых каналов и остеопластического материала КФК «КАФAM» для замещения послеоперационных костных дефектов способствует активизации и оптимизации процессов регенерации, обеспечивая неосложненное заживление послеоперационных костных дефектов челюстей.

Литература.

1. Безруков, В.М. Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы./ В.М. Безруков, Е.А. Рабухина, Л.А. Григорянц. – Москва, - 2002. – 395 с.
2. Иорданошвили, А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей / А.К. Иорданошвили. – СПб., 2002. - 293 с.
3. Чудаков, О.П. Апикальные периодонтиты, клиника, диагностика, лечение. Хирургические методы лечения апикальных периодонтитов: учеб.-метод. пособие / О.П. Чудаков, Т.Л. Шевела. – Минск: БГМУ, 2007. - 26 с.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОИМПЛАНТАТОВ

Куцевляк В.И., Данилова Ю.Г.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина*

Введение. Широкое применение микроимплантатов для ортодонтического лечения можно по праву отнести к наиболее значимым достижениям в ортодонтии. Если раньше для создания опоры и перемещения «неправильно» расположенных зубов обычно использовались только собственные зубы пациентов, то на сегодняшний день появилась возможность использования искусственных опор - микроимплантатов, которые размещаются в оптимальном для лечения месте, что существенно повышает его эффективность. Такие опоры, в отличие от естественных зубов, не перемещаются в процессе лечения. Кроме того, при использовании микроимплантатов результаты лечения более прогнозируемые, так как его ход полностью контролируется врачом и не зависит от пациента. Данная методика позволяет в два раза сократить продолжительность ортодонтической реабилитации, по сравнению с традиционными методами.

Цель исследования - повышение эффективности аппаратурно-хирургического лечения взрослых пациентов

с ортодонтической патологией путём разработки и внедрения в клинику нового ортодонтического аппарата в комплексном лечении.

Для достижения поставленной цели использовался разработанный ортодонтический аппарат, а также микроимплантаты собственной конструкции.

С целью оптимизации ортодонтического лечения дополнительно использовались комплексные методы - компактостеотомия, магнитотерапия, лазерофорез с лидазой, сочетающие в себе как воздействие физических факторов (магнитотерапия), так и медикаментозных препаратов (раствор лидазы, который вводят путём лазерного излучения).

Объекты и методы. Разработан ортодонтический аппарат, позволяющий с вестибулярной и нёбной (язычной) сторон оказывать давление на зуб и производить его корпусное перемещение в мезиодистальном направлении. Для этого применялись силы 100 и 150 грамм. Аппарат фиксировался на альвеолярном отростке микроимплантатами.

Конструктивные особенности ортодонтического аппарата включают: пластину, имеющую вестибулярную и нёбную ветви для расположения с обеих сторон зубного ряда; способы крепления и фиксаторы, выполненные в виде микроимплантатов; фиксаторы для зубов, предназначенных для перемещения в виде брекетов, расположенных симметрично с обеих сторон обозначенных зубов.

В постоянном прикусе кости челюстей прочные, малоэластичные, они медленнее перестраиваются под воздействием ортодонтических аппаратов. Поэтому операция - компактостеотомия направлена на ослабление прочности кости. В ответ на повреждение стимулируется биологическая активность костной ткани, ведущая к увеличению ее пластичности. Ортодонтическое лечение целесообразно начинать на 10-14 день после операции компактостеотомия, когда усиливаются регенеративно-пролиферативные процессы с отложением остеоидной ткани, которая, будучи необызвествлённой, податлива и подвергается воздействию ортодонтической аппаратуры.

Операция рассчитана на ослабление механической прочности кости в области перемещаемых фронтальных зубов с оральной и вестибулярной сторон, с образованием молодой костной ткани с последующим направленным перемещением зубов с помощью ортодонтического аппарата. Разработана и экспериментально обоснована для клинического применения операция компактостеотомия, а также в комплексном лечении использовался аппарат для низкочастотной магнитотерапии «МАГ-30-4», создающий магнитные поля до 30 мТл.

Низкочастотное синусоидальное магнитное поле, оказывает анальгезирующее и противовоспалительное действие, улучшает микроциркуляторные процессы и местное кровообращение, способствует рассасыванию воспалительного и травматического отёка, улучшает условия для восстановления поврежденных тканей и ускоряет репаративную регенерацию.

Использование лазерофореза лидазы повышает пластические свойства костной ткани за счёт разволокнения её межклеточного вещества, и после проведения компактостеотомии позволяет замедлить репаративную регенерацию на стадии формирования тканеспецифических структур. Лазерофорез лидазы применяли в до- и послеоперационном периодах (5 сеансов до- и 10 после операции, которые проводились через день).

Методика лазерофореза заключается в следующем. Порошок лидазы (64 УЕ) растворяли в 1 мл 2% лидокаина. Полученным раствором инфильтрировали переходную складку в области аномалийно расположенных зубов. Созданное депо лекарственного раствора облучали с помощью гелий-неонового лазера (аппарат УФЛ-1, тип ЛГ-75): параметры излучения: длина волны – 0,63 мкм, плотность мощности – 200 мВт/см², экспозиция – 10 мин. Число процедур – 7. Осуществляют их через день.

Результаты. В клинической практике было проведено дистальное перемещение группы зубов на верхней челюсти. Смещение зубов контролировалось путём изготовления контрольно-диагностических моделей челюстей с интервалом от 1 до 12 дней. Была подтверждена эффективность применяемого метода, средние скорости смещения зубов составляли 1,43-2,11 мм в месяц при приложении нагрузки 100-150 грамм.

Заключение. Ускоренное перемещение зубов можно проводить корпусно в одном направлении. Биологические, физические факторы и лекарственные средства ускоряют перемещение зубов в 2-3 раза.

Литература.

1. Андросова И.Е., Касавина Б.С., Струкова Т.Г. Роль молочных зубов в механизме прорезывании постоянных зубов и стимуляция этого процесса препаратами гиалуронидазного ряда и мукополисахаридами / И.Е. Андросова, Б.С. Касавина, Т.Г. Струкова // Тр. МОНСКИ. - М., 1973. - С. 56-59.
2. Зачускина, С.Л. Причины и механизм терапевтического эффектов лазера / С.Л. Зачускина // Материалы VI Респ. науч.-практ. конф. «Применение лазеров в медицине и биологии». - Харьков, 1996. - С. 17-18.
3. Лимберг, А.А. Перспектива развития ортодонтии на основе подготовки кости предварительной компактостеотомией. / А.А. Лимберг // Лечение больных с повреждениями и деформациями челюстно-лицевой области. Л., 1975. - С. 5-11.
4. Титова, А.Т. Компактостеотомия верхней челюсти – подготовительный этап ортодонтического лечения односторонней микрогении у взрослых / А.Т. Титова // Стоматология. – 1964. - № 1. С. 73-76.

**ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАКОРТИКАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ
ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЕЙ
АДЕНТИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ
Куцевляк В.И., Старикова С.Л.**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина*

Введение. Довольно часто у пациентов наблюдается отсутствие необходимого объёма костной ткани для установки винтовых имплантатов. Это может быть связано с долгим отсутствием зубов, влиянием инфекций, травм, и т. д. В таких ситуациях пациенту, как правило, рекомендуют восстановление объёма костной ткани путем «подсадки» собственного или искусственного костного материала [1, 2, 4]. Однако очень многим индивидуумам костная аугментация или невозможна, или противопоказана. Некоторых пациентов часто не устраивает необходимость проведения нескольких хирургических процедур и длительное (больше года) ожидание до окончательного протезирования.

Основные этапы, через которые проходят пациенты с данной патологией это: удаление зубов (при необходимости); удаление грануляционной ткани, кист и нежизнеспособной костной ткани; через 2-3 месяца - наращивание костной ткани с возможными осложнениями. Затем следует шестимесячный период ожидания; установка винтовых имплантатов; через 6 месяцев установка мостовидного протеза или других ортопедических конструкций. Длительно проводится коррекционное лечение мягких тканей, что увеличивает риск осложнений [5]. Несмотря на все попытки и публикуемые заявления, клиническая эффективность в такой ситуации становится непредсказуемой. Установка винтовых имплантатов создаёт парадоксальную ситуацию для большинства пациентов: в течение многих месяцев они должны делать то, чего они так пытались избежать – носить съёмные протезы. И во многих наблюдениях ситуация бывает даже хуже: зачастую пациенты просто не могут даже носить съёмные протезы, особенно после процедуры наращивания костной ткани и установки имплантата [3, 4].

Цель работы – разработка новой методики лечения пациентов с атрофией адентичных областей путем установки интракортикальных имплантатов.

Объекты и методы. Было обследовано 6 пациентов в возрасте 30-60 лет, которым проводились клинические и дополнительные методы обследования. По данным компьютерной томографии изготавливались стереолитографические модели челюстей, затем, после предварительной

подготовки ложа, на модели изготавливался интракортикальный имплантат. Оперативные вмешательства выполняли под местной анестезией с использованием шаблонов для позиционирования интракортикального имплантата. Рану зашивали.

Результаты. Методика и особенности установки интракортикальных имплантатов заключается в следующем. Лечение интракортикальными имплантатами может проводиться практически у всех пациентов, независимо от степени истончения костной ткани челюсти, а также наличия оставшихся зубов. Хирургическое лечение подразумевает одноэтапную методику установки данных имплантатов. Ложе для имплантата подготавливается хирургически в пределах кортикального слоя. Далее следует формирование сетчатого пластиночного элемента имплантата. Методика предусматривает наличие у имплантата дополнительных элементов фиксации, расположение головок конструкции на одинаковом расстоянии по гребню альвеолярного отростка, наличие ортопедического уступа вокруг шейки имплантата, улучшающего гигиенический уход за протезом и имплантатом. Меньшее число хирургических вмешательств и других процедур уменьшает общую стоимость лечения.

Эффективность клинического применения интракортикального имплантата подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Пациент Г., 59 лет, на протяжении двух лет пользовался бюгельным протезом. Пациент стремился избавиться от неудобного съемного протеза и просил рассмотреть возможности изготовления несъемного протеза на имплантатах. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти II класса, 1 подкласса по Кеннеди. После предварительного рентгенологического обследования установлена прогрессирующая атрофия костного ложа (толщина кости в области первых моляров 1-2 мм). Пациент отказался от предимплантологических вмешательств и согласился на установку индивидуального интракортикального имплантата слева и справа. После проведения дополнительных диагностических обследований изготовлен интракортикальный имплантат с двумя головками. Имплантацию проводили под местной анестезией, временный протез установили через 2 недели после оперативного вмешательства, а окончательный протез на имплантатах - через 30 суток.

Заключение. Основываясь на результатах клинического применения интракортикальных имплантатов, считаем, что данный метод может быть использован при лечении дефектов зубных рядов с резкой атрофией адентичных областей. Незначительная травматизация надкостницы, кортикального слоя и окружающих мягких тканей при

проведении операций позволяет рекомендовать данный метод при резкой атрофии альвеолярных отростков челюстей как наиболее простой и безопасный для пациента по сравнению с традиционной двухэтапной имплантацией.

Литература.

1. Король, Д.М. Возможности и перспективы субпериостальной имплантации в повседневной клинической практике / Д.М. Король, И.В. Павлиш, Э.В. Стрюк // Український стоматологічний альманах. - 2005. - № 1. – С. 57–62.
2. Кортеше, Д. Повернення до підокісних імплантаційних технік з використанням найновіших досягнень технології. Шестирічний досвід застосування підокісно-внутрішньоокісних титанових імплантатів із структурою медових стільників / Д. Кортеше // Імплантологія, пародонтологія, остеологія. - 2007. - № 4(8). – С. 25–40.
3. Кулаков, А.А. Хирургическая реабилитация пациентов со значительной атрофией верхней челюсти с применением субпериостальных имплантатов / А.А. Кулаков, М.А. Ахмадова, Т.К. Хамраев //2 Всерос. конгр. по дентальной имплантологии: материалы докл. – Самара: «Самарабланкиздат», 2002. – С. 70-73.
4. Макарьевский, И.Г. Субпериостальный имплантат как альтернатива синус-лифтингу и альвеолопластике / И.Г. Макарьевский, В.И. Добрин // Клиническая имплантология. – 2003. - № 1-2. – С. 13–19.
5. Параскевич, В.Л. Дентальная имплантология: основы теории и практики / В.Л. Параскевич. - [2-е изд.]. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 400 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗОВ ИЗ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**Медведев Ю.А., Гюнтер В.Э., Черкесов И.В.,
Шаманаев С.В., Цветаев И.А.**

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова»,
г. Москва, Россия*

Введение. Устранение дефектов нижней челюсти – актуальная проблема челюстно-лицевой хирургии. Актуальность данной проблемы обусловлена выбором материала, созданием необходимой формы самого эндопротеза, сложностью устранения анатомо-функциональных нарушений.

Известно много эффективных способов устранения дефектов нижней челюсти. Все они основаны на применении ауто- и аллогенных трансплантатов и имплантатов. Среди последних, преимущества отдаются пористым имплантатам, которые создают условия для интеграции окружающих тканей и отвечают свойствам капиллярности. Но высокими эластическими свойствами, которые присущи тканям организма, отличаются только пористые имплантаты из никелида-титана. Данные имплантаты, разработанные группой

ученых под руководством В.Э. Гюнтера (1982), на современном этапе широко используются в различных направлениях медицины для замещения дефектов твердых тканей.

Цель работы – разработка технологии планирования и проведения оперативного вмешательства по устранению дефекта нижней челюсти с помощью индивидуальных сверхэластичных эндопротезов из пористого никелида-титана.

В клинике челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», с 2008 по 2011 год. оперативные вмешательства проведены у 16 пациентов: у 3-х – диагностирован двусторонний костный анкилоз височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) (установлено 6 эндопротезов), у 2-х – внутрисуставной перелом головок нижней челюсти (установлено 2 эндопротеза), у 5-и пациентов диагностирована амелобластома нижней челюсти (установлено 5 эндопротезов), у 3-х – остеобластокластома (установлено 3 эндопротеза), у 2-х пациентов диагностированы дефекты тела и ветви нижней челюсти, в результате проведения онкологических операций (установлено 2 эндопротеза) и у 1-го пациента диагностирована посттравматическая деформация нижней челюсти в сочетании с дефектом угла и ветви с обеих сторон (установлено 2 эндопротеза). Таким образом, всего установлено 20 эндопротезов из пористого никелида-титана.

Планирование оперативных вмешательств основывалось на проведении фотографий лица, детальном изучении местного статуса, выполнении компьютерных томограмм в проекции 3D, изготовлении стереомоделей нижней челюсти, изучении окклюзионных моделей челюстей. Следует отметить, что наиболее важным является использование стереомоделей нижней челюсти, что позволяет смоделировать имитатор будущего протеза из воска. В последующем, в физико-технической лаборатории изготавливали индивидуальный эндопротез из пористого никелида-титана.

Эндопротез, представляет собой конструкцию, изготовленную из пористых и непористых материалов на основе сплава никелида-титана. Основу конструкции составляет сверхэластичная непористая пластина, к которой с обеих сторон фиксированы пористые пластины аналогичной формы по типу сэндвича. (рис. 1). Размер и форма головки нижней челюсти для взрослого – стандартная, размеры и конфигурация ветви, угла и тела нижней челюсти определяют индивидуально, то есть на основании воскового шаблона. Цель операции – это установка эндопротеза со сверхэластичными свойствами в соответствии

с гистерезисным поведением тканей утраченного органа, а именно нижней челюсти.

При выполнении оперативных вмешательств по поводу анкилоза ВНЧС (3 пациента) стремились к максимальному удалению анкилозированных тканей. После чего эндопротез из пористого никелида-титана устанавливали в подвисочную позицию и фиксировали к ветви нижней челюсти конструкциями из никелида-титана с эффектом памяти формы. Капсулу сустава формировали из аллогенной твердой мозговой оболочки. У пациентов с амелобластомой нижней челюсти, выполняли резекцию в пределах тела и угла (1 наблюдение) и в пределах тела и ветви с экзартикуляцией (4 наблюдения). Индивидуальный эндопротез из никелида-титана устанавливали в подготовленное ложе и фиксировали к телу нижней челюсти с помощью различных конструкций из никелида-титана и шурупов. При выполнении оперативных вмешательств у других пациентов придерживались аналогичной техники. Послеоперационное ведение пациентов проводили по общепринятой методике. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 3-х месяцев до 4-х лет.



Рис. 1 Эндопротез из сверхэластичного никелида-титана.

Результаты. В двух наблюдениях были отмечены осложнения, связанные с расхождением швов на слизистой оболочке полости рта. Эндопротезы были удалены. Во всех других наблюдениях получены хорошие функциональные и эстетические результаты.

Заключение. Таким образом, применение сверхэластичных эндопротезов из пористого никелида-титана свидетельствует о том, что эта хирургическая технология представляет конкурентное направление в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. Соответствие гистерезисного поведения утраченных тканей организма гистерезисному поведению самого эндопротеза, является существенным отличительным критерием. Пористая структура эндопротеза обеспечивает оптимальное врастание окружающих тканей, что в сочетании со стабильной фиксацией позволяет полноценно восстановить утраченные функции нижней челюсти и эстетику лица в целом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАМБИАЛЬНОГО СЛОЯ ПЕРИОСТА НЁБА ПРИ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА АЛЬВЕОЛЯРНОМ ОТРОСТКЕ

Чумаченко А.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. Технология аугментации альвеолярного отростка предполагает решение нескольких принципиальных вопросов: 1) использование материалов, естественных или максимально приближенных к естественным; 2) формирование реципиентной зоны с высоким репаративным потенциалом, особенно при больших дефектах альвеолярных отростков; 3) адаптация покровных тканей к вновь смоделированным параметрам альвеолярного отростка.

В этой связи использование части камбиального слоя нёбного периоста может быть перспективным по следующим позициям: 1) толщина данного слоя значительно превышает таковую у периоста с вестибулярной и щёчной сторон на верхней челюсти и в нём большее число клеточного материала и сосудов разного калибра и направленности (собственные морфологические исследования); 2) реографические показатели указывают на более интенсивный кровоток периоста нёба (собственные реографические исследования).

Целью исследования явилось изучение возможности использования расщеплённого камбиального слоя нёбного периоста при аугментации альвеолярного отростка.

Объекты и методы. Протокол оперативного вмешательства у 8 пациентов предполагал разрез по вершине альвеолярного отростка длиной до 3 см (у 4 человек в области отсутствующих премоляров и у 4 - в области отсутствующих моляров) с небольшими продолжениями разрезов в нёбную и щёчную стороны. При отслаивании и мобилизации щёчного периоста формировалась реципиентная ниша для покровного материала с противоположной стороны. В отделённом от кости нёбном периосте камбиальный слой разделялся по толщине в направлении от основания лоскута нёба до линии разреза (проведенного вначале на вершине альвеолярного отростка). Сохранялась достаточная площадь контакта мобилизованного камбиального слоя с остальной частью нёбного лоскута. Мобилизованная часть камбиального слоя переворачивалась для покрытия смоделированного альвеолярного отростка и захождения краем в реципиентную нишу со щёчной стороны. При этом без напряжения тканей можно было прибавить до 5-7 мм высоты альвеолярного отростка. Защита раны осуществлялась с помощью

мягких виниловых пластин толщиной 0,2 мм, фиксированных на присутствующих, на верхней челюсти зубах. При необходимости в зазор между виниловыми пластинами (роль контейнера) и раневой поверхностью можно было вносить лекарственные препараты.

Результаты. У всех пациентов завершение раневого процесса прошло без осложнений. При этом у 5 лиц в первые 2–4 дня отмечалось незначительное посинение нёбного лоскута, что, вероятно, связанное с нарушением кровообращения. Швы были сняты на 8–9 день. Признаки эпителизации раны были отмечены уже на 5-6 день.

Заключение. Положительный клинический эффект использования периостальных компонентов для улучшения репаративной остеорегенерации альвеолярной кости позволяет считать это направление перспективным и побуждает продолжать научно-практические изыскания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Шаблинская О.Е., Пархамович С.Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Протезирование на имплантатах становится всё более востребованным. Устранение дефектов зубного ряда с применением дентальных имплантатов - ответственный и сложный метод протезирования, требующий взвешенного подхода и точной диагностики. Любая неточность или ошибка могут привести к неудовлетворительному результату лечения [1].

Факторами, влияющими на процесс остеоинтеграции, являются свойства самого имплантата (биосовместимость, форма, качество поверхности), точная хирургическая техника и состояние костного ложа. Плотность используемой кости в области имплантации является определяющим фактором планирования лечения, так как именно она обеспечивает устойчивость имплантата на время заживления, от неё зависит распределение и передача нагрузки от протеза на зону контакта «кость-имплантат» после заживления [2].

За период с начала применения имплантации исследователи отмечали высокий процент несостоятельности при низком качестве кости и более редкие неудачи при наличии кости более высокого качества. Adell и соавт. сообщили о том, что успех лечения в передних отделах нижней челюсти на 10% превосходил таковой в передних

отделах верхней. Наибольший процент клинических неудач был отмечен в задних отделах верхней челюсти [3]. Учитывая изложенное выше можно предположить, что процент успеха установки имплантатов зависит от топографии их местоположения.

Цель работы - изучить оптическую плотность (ОП) костной ткани в разных отделах верхней и нижней челюсти с помощью метода компьютерной томографии (КТ).

Объекты и методы. Для достижения цели проведена научно-исследовательская работа, включившая рентгенологическое обследование челюстно-лицевой области пациентов.

Анализ рентгенологического обследования проводился на основании данных КТ 67 пациентов в возрасте от 19 до 74 лет. Исследование проводилось на панорамном рентгеновском стоматологическом аппарате с функцией томографии Gendex CB-500 на базе ГУ «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника». При исследовании каждого пациента были получены реформаты в сагитальной, коронарной, аксиальной и панорамной проекциях.

Объект исследования – альвеолярный отросток верхней и нижней челюсти пациентов. Для проведения исследования выбирали участки костной ткани в области первого резца, клыка, первого премоляра, первого и второго моляров на одной из половин каждой челюсти. Изучали плотность костной ткани в единицах плотности по Хаунсфилду. Измерения проводили таким образом, чтобы площадь исследуемой области располагалась на расстоянии 7-9 мм в направлении от гребня альвеолярного отростка к телу челюсти (данная зона является наиболее важной при планировании постановки имплантатов [3]). В области каждого зуба осуществляли следующие измерения: на сагитальных срезах определялась толщина кортикальной пластинки альвеолярного отростка и ОП костной ткани с вестибулярной и оральной поверхностями корня. Для каждого из измерений находили среднее арифметическое значение. Плотность костной ткани оценивали по классификации Misch (D1-D4). Далее оценивали долю костной ткани различной плотности в разных анатомических областях челюстей.

Результаты. В ходе проведения научно-исследовательской работы и анализа полученных данных было установлено, что в различных отделах верхней и нижней челюстей величина плотности костной ткани различна. Костная ткань типа D1 (ОП более 1250) никогда не наблюдается на верхней челюсти, а на нижней челюсти определяется лишь в переднем её отделе в 2% наблюдений.

Тип костной ткани D2 (диапазон ОП 850-1250) встречается чаще как на нижней, так и на верхней челюстях: на верхней челюсти в переднем её отделе – 7%, в заднем - 1%; во фронтальном участке нижней челюсти у 46% обследованных и в заднем отделе у 23%.

Костная ткань с плотностью D3 (диапазон ОП 350-850) наиболее часто встречается на верхней челюсти. Более половины пациентов (54%) имеют данный тип костной ткани в переднем отделе верхней челюсти, в задних её отделах (чаще в области премоляров) – 39%. Почти у половины пациентов (49%) костная ткань D3 присутствует в задних отделах нижней челюсти и примерно в 38% в передних её отделах.

Самая мягкая костная ткань D4 (ОП 150-350) чаще всего определяется в задних отделах верхней челюсти – 60%, особенно в области моляров. В передней области верхней челюсти частота встречаемости данного типа кости составляет 39%. На нижней челюсти данный тип костной ткани был диагностирован у 14% пациентов в передних её отделах и у 28% - в задних отделах.

Заключение. Оптическая плотность костной ткани неодинакова на верхней и нижней челюстях. Максимальные значения оптической плотности определяются во фронтальном участке нижней челюсти, минимальные – в области жевательных зубов верхней челюсти.

Литература.

1. Акопян, Г.В. Дентальная имплантология как метод прогрессивного направления в стоматологии / Г.В. Акопян // Медицинский бизнес. - 2000. - № 9. - С. 10-12.
2. Матвеева, А.И. Биомеханические подходы к протезированию в дентальной имплантологии / А.И. Матвеева, Р.Ш. Гветадзе, К.В. Захаров // Рос. вестник дентальной имплантологии. - 2003. - № 1. - С. 34-37.
3. Misch, С.Е. Dental Implant Prosthetics / С.Е. Misch. – Mosby, Inc., – 2005. – 616 p.

КОНСТРУИРОВАНИЕ НАПРАВЛЯЮЩЕГО ШАБЛОНА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЛАНИРОВАНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Шаранда В.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. В последнее десятилетие дентальная имплантация становится всё более распространенным вариантом лечения частичной адентии. Эффективность метода признана большинством специалистов. Вместе с тем, возможно заметить, что отдельные недостатки метода имплантации могут быть напрямую связаны с погрешностями в планировании оперативного и комплексного лечения. Показано, что геометрические размеры внутрикостных дентальных имплантатов коррелируют с прогнозом клинического успеха проводимого лечения,

а это объясняет важность использования всего доступного объёма костной ткани челюсти. Положение имплантата относительно протетической плоскости и оси замещаемого зуба чрезвычайно важны для создания протеза, который должен полноценно воссоздавать утраченные анатомические структуры. К сожалению, стандартная схема планирования не всегда позволяет хирургу в полной мере определить оптимальное положение денальных имплантатов в альвеолярном отростке относительно протетической плоскости, точно определить высоту доступного для имплантации объёма альвеолярного отростка и ввести большое число имплантатов параллельно. Большую часть этих задач возможно решить при применении в планировании лечения компьютерной томографии, однако малая доступность этого метода и относительно высокая лучевая нагрузка зачастую заставляют клинициста отказываться от применения КТ. Альтернативой, позволяющей получить необходимые для планирования имплантации данные, является применение диагностических шаблонов.

Целью работы явилось сравнительное изучение вариантов конструкции диагностических шаблонов для определения показаний к их применению в имплантологическом лечении.

Объекты и методы. При планировании имплантологического лечения применялись диагностические шаблоны в виде назубно-надесневой каппы или базиса с введенными в них металлическими эталонами для масштабирования. Рассматривались следующие технологии изготовления шаблона: из акриловой пластмассы холодной полимеризации путём свободной формовки на модели или из пластинки термопластичного полиэтилена толщиной 2 мм. Металлические эталоны для расчёта длины имплантатов были представлены шариками из нержавеющей стали диаметром 5 мм или цилиндрами - отрезками трубки длиной 6 мм и внутренним диаметром 2,5 мм. Для изготовления шаблона после предварительной консультации получали диагностические оттиски с верхней и нижней челюсти, отливали комбинированные неразборные модели и определяли центральное соотношение челюстей. На фиксированных в артикулятор моделях размечали середину альвеолярного отростка, срединную линию и переходную складку. Затем изготавливали шаблон в виде каппы или базиса и устанавливали на него необходимое число металлических эталонов в участках предполагаемого введения имплантатов. Постановка цилиндрических эталонов проводилась при помощи зуботехнического параллелометра по оси наложения будущего протеза. Готовый шаблон припасовывался в полости рта пациента, после чего

выполнялась ортопантомограмма. Расчет высоты альвеолярного отростка в области имплантации проводился методом пропорции.

Результаты. Методика изготовления и материал диагностического шаблона оказывают влияние на его конструкцию. Шаблон в виде назубно-надесневой каппы из термопластичного полиэтилена показан при замещении имплантатами малого дефекта зубного ряда. Эластичность материала облегчает посадку шаблона на сохранившихся зубах, при этом края шаблона в области беззубых участков альвеолярного отростка несколько не доходят до переходной складки, такое расширение границ повышает прочность шаблона. Базис из акриловой пластмассы показан при отсутствии большей части или всех зубов в зубном ряду, при этом его границы с оральной стороны соответствуют границам индивидуальной ложки, а с вестибулярной поверхности (с учетом типичного разреза) располагаются на гребне альвеолярного отростка. Металлические цилиндры представляются нам более удобным вариантом эталонов, поскольку при постановке в правильном положении в большинстве ситуаций позволяют провести сверления пилотным бором с соблюдением параллельности и оптимального положения имплантата в зубном ряду. Высота и диаметр цилиндра были выбраны как удобные для расчетов длины имплантата и позволяющие введение через них пилотных боров на нужную глубину. При помощи диагностического шаблона возможно определить толщину слизистой альвеолярного отростка перед имплантацией, как расстояние между нижним краем металлического эталона, установленного в базис до контакта с моделью, и костью альвеолярного отростка.

Заключение. Таким образом, предложенная методика не требует значительных материальных, временных и трудовых затрат и при этом позволяет повысить качество планирования имплантологического лечения – выбор оптимальной длины имплантатов, положения их в зубном ряду, осей наклона, необходимых для рационального конструирования зубных протезов.

**АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА
У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ РАЗНЫХ КОМПЛЕКСАХ ЛЕЧЕНИЯ
Шевела Т.Л.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Важным направлением восстановительной медицины является разработка методов реабилитации после хирургического

лечения. При операциях в челюстно-лицевой области необходимо учитывать роль общего и местного иммунитета.

Ротовая жидкость, выполняет иммунную функцию при помощи иммуноглобулинов IgA, как основного класса иммуноглобулинов серозно-слизистых секретов, таких как слюна, отделяемое слизистой оболочки дыхательных и мочевыводящих путей. В меньшей степени IgG, IgM, IgE, лизоцима, муцина, цистатина. Развитие реактивного воспаления в полости рта способствует выработке местного иммунитета. Их свойства связаны с нарушением бактериальной адгезии, поддержании специфического иммунитета против патогенных бактерий полости рта. Установка дентальных имплантатов связана с нарушением целостности слизистой оболочки альвеолярного отростка и костной ткани, что вызывает иммунный ответ организма. Ответная реакция местного иммунитета отражается в изменении химического состава ротовой жидкости, включая секреторные иммуноглобулины. В целях профилактики развития воспалительных явлений на ранних сроках после дентальной имплантации разработаны различные препараты общего и местного воздействия, методы физиотерапии. На современном этапе нет общепризнанных комплексов послеоперационного лечения, обладающих в совокупности обезболивающим, противовоспалительным, иммуномодулирующим и улучшающим микроциркуляцию эффектом и при этом не оказывать побочного действия и не иметь противопоказаний. Учитывая данную проблему разработана методика комплексного лечения с использованием иглоукалывания, которая широко применяется в лечебной практике, но до сих пор не востребована в дентальной имплантологии, хотя многочисленными исследованиями доказан её противовоспалительный эффект.

Цель работы – изучить динамику содержания иммуноглобулина IgA у пациентов после операции дентальной имплантации при разных комплексах лечения.

Объекты и методы. Под наблюдением находилось 32 пациента в возрасте от 25 до 55 лет, которым была выполнена отсроченная дентальная имплантация на нижней или верхней челюсти (один или два имплантата в пределах одного сегмента). У всех указанных пациентов использовалась имплантационная система «Верлайн» (Беларусь). Пациенты были разделены на две группы, первая группа 16 человек и вторая группа включала 16 пациентов. Первой группе пациентов послеоперационная терапия осуществлялась по стандартной схеме: антимикробные и противовоспалительные препараты, средства, способствующие остеоинтеграции. Данная группа служила контролем.

Второй группе пациентов в комплекс указанного лечения был включен курс рефлексотерапии (иглоукалывания).

Всем пациентам проводили исследование ротовой жидкости в динамике: 1-ое исследование - до оперативного вмешательства, 2-ое исследование – на 3 сутки после операции, 3-е исследование – 7 суток, 4-ое исследование – 14 суток, 5-ое исследование – 21 сутки, 6-ое исследование – через 3 месяца, 7-ое исследование – через 6 месяцев после операции. Изучались следующие показатели: уровень содержания иммуноглобулина А, уровень содержания иммуноглобулина М.

Для исследования у каждого пациента брали ротовую жидкость, которую получали без стимуляции сплевыванием в стерильные пробирки утром, натощак, без предварительной чистки и полоскания. Определение IgA, IgM в ротовой жидкости выполнялось турбодиметрическим методом с использованием набора «Bio Systems» (Spain) и калибратора белков «Bio Systems» (Spain). Количественное содержание IgA, IgM в ротовой жидкости выражали в г/л.

Результаты. Уровень содержания IgM в ротовой жидкости после операции не определился, что свидетельствует об отсутствии выраженных воспалительных процессов в организме существенно изменяющих гомеостаз и компенсаторные реакции на уровне выработки антител.

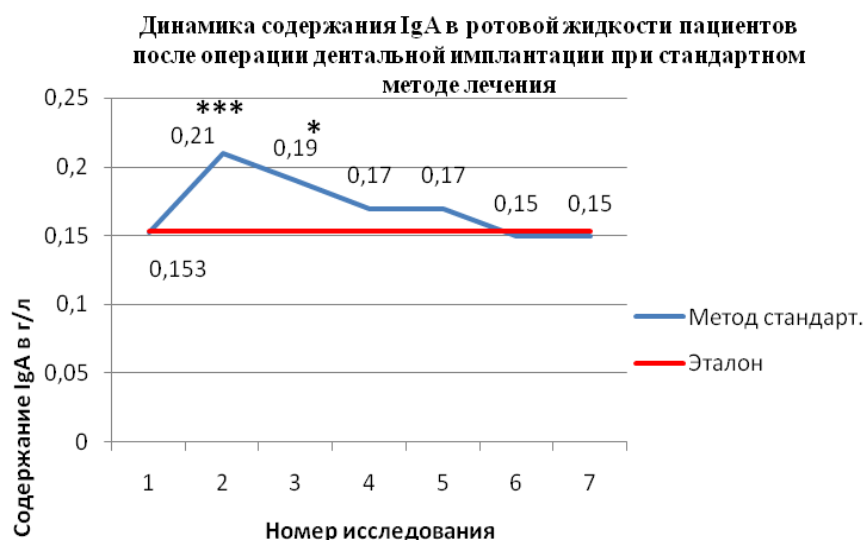


Рис. 1 Динамика уровня содержания IgA в ротовой жидкости у пациентов после операции дентальной имплантации при стандартном методе лечения, где различия достоверны по отношению к данным эталона:

* - $p < 0,05$, *** - $p < 0,01$.

Значение IgA в ротовой жидкости до операции принятое за эталон составляет ($0,15 \pm 0,009$). У пациентов 1 группы повышение значений уровня содержания IgA в ротовой жидкости в послеоперационном

периоде наблюдалось при 2 исследовании ($0,21 \pm 0,009$) по сравнению с эталоном, что характерно с естественным проявлением воспалительной реакции при введении в костную ткань челюсти инородного тела. При 3 исследовании, что соответствует периоду 7 суток ($0,19 \pm 0,01$) и по 14 сутки ($0,17 \pm 0,01$) и 21 сутки ($0,17 \pm 0,01$) уровень содержания секреторного иммуноглобулина А постепенно снижается по сравнению с контролем. Данный факт можно объяснить снижением воспалительного процесса в тканях, где проводилось оперативное вмешательство. Нормализация показаний секреторного иммуноглобулина А отмечается через 3 месяца ($0,15 \pm 0,009$) (5 исследование) и соответствует эталону. Через 6 месяцев ($0,15 \pm 0,009$) после операции показатель не изменяется, что соответствует периоду репаративной регенерации костной ткани и остеоинтеграции дентальных имплантатов.

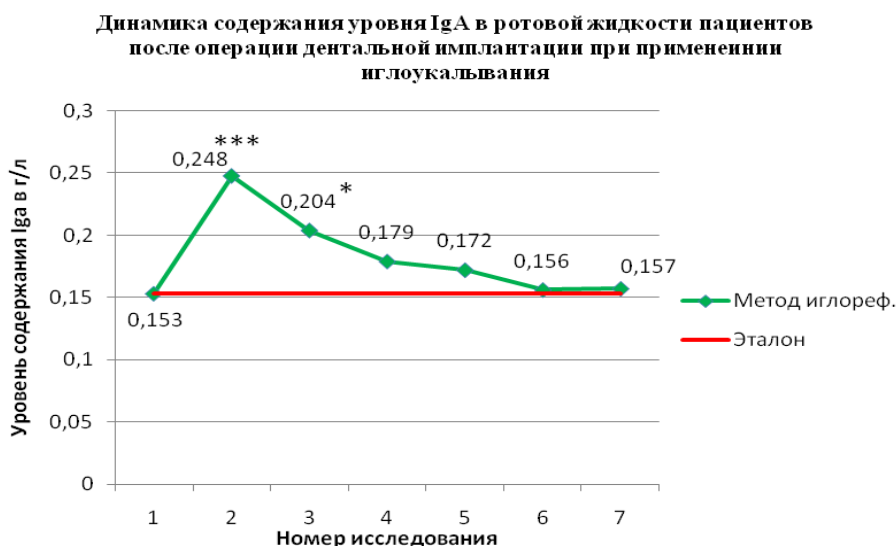


Рис. 2 Динамика уровня содержания IgA в ротовой жидкости у пациентов после операции дентальной имплантации при применении рефлексотерапии, где различия достоверны по отношению к данным эталона: * - $p < 0,05$, * - $p < 0,01$.**

У пациентов 2 группы увеличение показателей IgA в ротовой жидкости в послеоперационном периоде при 2 исследовании составило ($0,24 \pm 0,009$). Данное значение связано с проявлением воспалительной реакции при введении в костную ткань челюсти инородного тела. В период 3 исследования показатель составил ($0,20 \pm 0,01$), к 4 исследованию ($0,17 \pm 0,01$) и не изменялся при 5 исследовании ($0,17 \pm 0,01$). Уровень содержания секреторного иммуноглобулина А постепенно снижается по сравнению с эталоном. Это объясняется уменьшением воспалительной реакции организма при воздействии рефлексотерапии. Нормализация показаний отмечается

к 6 исследованию ($0,15 \pm 0,009$) и соответствует эталону. При 7 исследовании ($0,15 \pm 0,009$) после операции уровень содержания секреторного иммуноглобулина А не изменяется, что соответствует периоду репаративной регенерации костной ткани и остеоинтеграции дентальных имплантатов.

Заключение. На основании изучения показателей ротовой жидкости у пациентов после операции дентальной имплантации можно сделать вывод, что показатель IgA изменяется в разные сроки после операции. Динамика показателей IgA, наблюдаемая до операции и в разные послеоперационные сроки обусловлена развитием местной воспалительной реакции, назначением противомикробных препаратов и процессами репаративной регенерации костной ткани. Определение уровня содержания IgA в ротовой жидкости можно рекомендовать для оценки местного иммунного ответа на этапах остеоинтеграции дентальных имплантатов. Применение рефлексотерапии в комплексе восстановительного лечения снижает воспалительный ответ организма в течение всего послеоперационного периода пациентов после дентальной имплантации.

Литература.

1. Байриков, И.М. Способ профилактики атрофии тканей протезного ложа при полном отсутствии зубов у пожилых / И.М. Байриков // Самарский медицинский журнал. – 2001. - № 4. – С.45.
2. Безверхов, Ю.Н. Новый немедикаментозный метод борьбы с воспалительными осложнениями в дентальной имплантологии / Ю.Н. Безверхов // Новые технологии в физиотерапии. - 2002. - С. 49-51.
3. Иванов, В.Д. Возможности использования неинвазивных иммунологических методов в оценке здоровья населения / В.Д. Иванов, А.К. Маковецкая // Неинвазивные методы в оценке здоровья населения; под ред. Ю.А. Рахманина. – М., 2006.
4. Связь изменений слизистых оболочек носа и рта с иммунным статусом при воздействии факторов окружающей среды / Н.Н. Беляева [и др.]. // Гигиена и санитария. - 2001. - № 5. - С. 62-64.

СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

СОВРЕМЕННАЯ РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Труфанов В.Д., Гунько В.И.

*Российский Университет дружбы народов,
г. Москва, Россия*

На протяжении всей истории развития медицины выбор оптимального инструмента для рассечения тканей был и остается актуальным. Несмотря на большое разнообразие существующих режущих инструментов (механические, электрохирургические, лазерные, ультразвуковые), «идеальный скальпель» пока не создан и научные поиски в этом направлении продолжаются [1]. Около 40 лет назад в клиническую практику начато внедрение лазерной и ультразвуковой хирургической аппаратуры, что внесло значительные изменения во все хирургические специальности и расширило представления о новых возможностях проведения операций.

Начало радиоволновой хирургии было положено в 1978 году, когда W.L. Maness и F.W. Roeber в эксперименте установили, что оптимальной для разрезов и одновременной коагуляции биологических тканей является частота тока, равная 3,8 МГц. Исследованиями определено, что радиоволновые хирургические аппараты обладают преимуществами перед другими электрохирургическими инструментами, в частности их применение не вызывает ожога и некроза тканей, окружающих разрез [2, 4, 5]. Метод радиоволновой хирургии разработан фирмой «Ellman International» (США) в 1978 году и с тех пор получил широкое распространение в мировой хирургической практике. Портативный радиоволновой хирургический прибор «Сургитрон™» производства фирмы «Ellman International», (США) работает на частоте 3,8-4.0 МГц.

Настоящее исследование посвящено оценке метода радиоволновой хирургии при лечении пациентов с различной патологией мягких тканей челюстно-лицевой области. При этом изучали преимущества радиоволнового хирургического метода перед другими методиками, применяемыми при лечении ринофимы (18 пациентов) и мягкотканых новообразований полости рта (108 пациентов) и разрабатывали тактику послеоперационного ведения пациентов. Операции проводились в амбулаторных условиях с использованием местной анестезии растворами Ultracaini 4%, Ubistezini 4%. Выполняли послойную декортикацию в режиме работы прибора «разрез/коагуляция». Удаление

ринофимы начинали от неизменной здоровой кожи. В процессе операции нос приобретал надлежащую форму и величину. Гемостаз в ходе операции осуществляется одновременно с рассечением ткани, а также путём прямой и непрямой коагуляции в режиме прибора «разрез/коагуляция» или «коагуляция».

Использование радиоволнового хирургического прибора «Сургитрон™» представляет следующие очевидные преимущества: атравматичный разрез; минимальное кровотечение в ходе операции; отсутствие глубокого некроза в момент операции и некротического поражения подлежащих тканей в послеоперационном периоде (по сравнению с электрокоагуляцией); раневая поверхность представлена тончайшей некротической плёнкой; осуществляется контроль слоёв удаляемых тканей; минимальный отёк тканей в послеоперационном периоде; отсутствие боли во время операции и в послеоперационном периоде; создание максимально благоприятных условий для заживления послеоперационной раны; высокий косметический эффект.

Эффект разреза достигается без физического давления или дробления клеток ткани. Разрез производится при помощи тепла, выделяемого при сопротивлении, которое ткани оказывают проникновению высокочастотных волн, исходящих из хирургического электрода. Под воздействием тепла клетки, находящиеся на пути волны, подвергаются распаду и испарению, и ткани расходятся в стороны. Метод атравматичен, поэтому заживление происходит без образования рубца – характерного атрибута и последствия мануальных разрезов.

Сразу после операции раневая поверхность обрабатывалась 6% раствором $KMnO_4$. Дома пациенты дополнительно обрабатывают раневую поверхность раствором перекиси водорода и наносят солкосероловую или тетрациклиновую мазь. Заживление раны проводится открытым способом без повязок. Эпителизация наступает в зависимости от объёма и глубины иссекаемых тканей на 13-20 сутки, а полная эпидермизация - на 20-30-е сутки, а иногда на 3–4 месяц. После операции поверхность кожи носа была гладкой без образования рубцов.

Заключение. Таким образом, радиоволновая хирургия является более быстрым, наиболее удобным и менее дорогим методом, по сравнению с лазерной хирургией и другими хирургическими методиками. Применение радиоволновой хирургической техники значительно облегчает, улучшает и ускоряет хирургические процедуры. Глубина разрушения ткани контролируется аккуратной регулировкой мощности прибора. Использование прибора «Сургитрон™» помогает избежать неприятных послеоперационных последствий, таких как боль,

отёк, инфекция, тризм и послеоперационный шок от потери крови, которые часто проявляются после применения «традиционных» методов хирургических вмешательств.

Литература.

1. Опыт применения прибора «Сургитрон ТМ» при лечении ринофим / В.И. Гунько [и др.]. // Медицинский Алфавит. Стоматология III. – М., 2008. – № 9 (96). – С. 30-33.
2. Goldstein, A.A. Radiosurgery in dentistry / A.A. Goldstein // Dent. Journ. - 1978. - № 1. - P. 1-18.
3. Maness, W.L. Histologic evaluation of electrosurgery with varyng frequency and waveform / W.L. Maness, F.W. Roeber // J. Prostatic dentistry. - 1978. - Vol. 40. - № 2. - P. 304-310.
4. Sherman, J.A. Radiosurgery the answer to quality dentistry and increased production / J.A. Sherman // Dent. Econom. - 1994. – Vol. 84. - № 11. - P. 78-79.
5. White, W.F. Radiosurgery, an advancement over the scalpel in many procedures / W.F. White // J. Podiatry prod. Report. - 1986. - № 18. - P. 19-25.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ

Чухрай А.В.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Одной из актуальных проблем современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является высокая частота встречаемости пациентов с аномалиями формирования и прорезывания третьих моляров. Установлено, что в 25% наблюдений они остаются ретенированными. Неполное прорезывание (полуретенция) сформированного зуба через компактную пластинку нижней челюсти нередко сопровождается воспалительными явлениями. По данным Е.А. Магида и соавт. (1970), проанализировавших 1883 факта затрудненного прорезывания нижних зубов мудрости, острый перикоронарит выявлен у 41,8% пациентов, хронический - у 24,6% лиц, периостит нижней челюсти - у 10,6%. Частота встречаемости абсцессов и флегмон составила 14,5%, остеомиелита нижней челюсти - 4 %. В отдельных наблюдениях имел место язвенный стоматит (1,2%), мигрирующая подкожная гранулема (0,7%), периодонтальная киста (2,1%) [2]. Осложнения ретенции могут проявляться в виде неопластического процесса, деструкции твёрдых тканей впереди стоящего второго моляра, формирования аномалии прикуса и деформации зубных рядов [1]. Наиболее часто это отмечается в области нижнего третьего моляра, реже - верхнего третьего моляра, клыков и премоляров обеих челюстей [1, 2, 3, 4, 5]. Ретенция третьих

моляров в 53% наблюдений сопровождается развитием осложнений [1]. Наиболее частыми из них являются инфекционно-воспалительные [2]. При этом развитие 11,6% от общего числа периоститов и 10-15% абсцессов и флегмон околожелюстных мягких тканей связано с нарушением прорезывания третьего нижнего моляра [5]. Удаление зачатков и самих третьих моляров проводится при появлении клинической симптоматики воспаления, а также в связи с необходимостью проведения ортодонтического, или ортопедического лечения.

Цель работы - анализ частоты встречаемости осложнений, возникших в результате нарушения прорезывания третьих моляров.

Объекты и методы. Объектом исследования явились 594 пациента, которым выполнены оперативные вмешательства в плановом порядке, а также 40 ортопантограмм пациентов с ретенрованными третьими молярами. Методы исследования: клинический (опрос, осмотр, перкуссия, пальпация), лучевые методы исследования.

Результаты. В структуре амбулаторных хирургических вмешательств аномалии прорезывания третьих моляров зарегистрированы у 209 человек (35,2%). Большинство пациентов обратилось с жалобами на боли и дискомфорт в области «причинных» зубов. Ретенция, полуретенция и дистопия третьих моляров нижней челюсти наблюдалась у большинства лиц (88%). Аномалии прорезывания верхних третьих моляров зарегистрированы в 12%. Осложнениями затрудненного прорезывания третьих моляров явились воспалительные заболевания различной степени тяжести. Самым распространенным из них был перикоронарит (94,5%). Периодонтальная киста в области третьих нижних моляров была диагностирована в 4 наблюдениях.

Анализ 40 ортопантограмм пациентов с выявленными клинически нарушениями прорезывания третьих моляров, которые не предъявляли жалоб, показал, что имеется ретенция, полуретенция и дистопия 87 третьих моляров (32 верхних и 55 нижних). У 15 пациентов (37,5%) имелось нарушение прорезывания одного зуба. В 20% наблюдалась ретенция (полуретенция) 2-х третьих моляров. Нарушение прорезывания 3-х и 4-х третьих моляров было констатировано у 7 и 10 пациентов (17,5 и 20%, соответственно). Рентгенологическая картина окружающей костной ткани свидетельствовала о наличии деструктивных процессов в области 78,2% третьих моляров нижней челюсти и 28,1% верхних третьих моляров. Деструкция твердых тканей корней вторых моляров была выявлена в 10,2% наблюдений. Образование периодонтальных карманов

в области ретинированных третьих моляров выявлено у 12,3% пациентов.

Заключение. Таким образом, амбулаторные оперативные вмешательства, связанные с нарушениями прорезывания третьих моляров составляют значительную долю плановых операций. Ретенция, полуретенция и дистопия третьих нижних моляров отмечается в большинстве наблюдений, сопровождается клиническими проявлениями воспалительного характера. Обращает на себя внимание тот факт, что при отсутствии жалоб у пациентов, в 78,2% были обнаружены деструктивные изменения окружающей «причинный» зуб костной ткани, что диктует необходимость обязательного рентгенологического обследования с целью ранней диагностики и своевременного вмешательства.

Литература.

1. Андреищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / А.Р. Андреищев; СПбГМУ им. И.П. Павлова.– СПб.: 2005. – 22 с.
2. Магид, Е. Затрудненное прорезывание нижних зубов мудрости и связанные с ним осложнения / Е. Магид, В. Шейнберг, Г. Житницкий. - Волгоград, 1970. - 121с.
3. Робустова, Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М.: «Медицина», 2003. - 503 с.
4. Солнцев, А.М. Одонтогенные воспалительные заболевания / А.М. Солнцев, А.А. Тимофеев. - К.: «Здоровья», 1989. - 232 с.
5. Соловьев, М.М. Современное состояние проблемы острой одонтогенной инфекции и повреждений челюстно-лицевой области // Стоматология. - 1981. - № 2. - С. 8-14.

РЕГЕНЕРАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ПОЛОСТИ РТА, ИЗОЛИРОВАННЫХ СИЛИКОНОВОЙ ПОВЯЗКОЙ

Щипский А.В., Хрипунков В.А.

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн,
г. Москва, Россия*

Введение. Послеоперационные раны во рту не всегда можно закрыть местными тканями. Использование аутотрансплантатов ограничено дополнительной операцией и их выживаемостью; аллотрансплантатов – этическими проблемами. Эффективность «открытого» применения резорбируемых [1, 3] и нерезорбируемых мембран, разработанных для «Guided Tissue Regeneration», вызывает сомнения [2, 3], в том числе из-за стоимости. В результате продолжают использовать йодоформную марлю [4, 5]. Очевидно, что для изоляции ран в полости рта необходима более универсальная повязка. В её качестве предлагаем использовать мембраны из силикона

(«МЕДСИЛ», Россия), обладающий важными для повязки свойствами: биоинертностью, эластичностью, прочностью и полупроницаемостью (Патент РФ № 2371125, 2009 года) [6].

Цель работы – определить эффективность силиконовой повязки для регенерации послеоперационных ран в полости рта.

Объекты и методы. Анализ лечения 65 пациентов с новообразованиями в области альвеолярного гребня: 33 – с эпулисами, 13 – с фибромами, 8 – с фиброматозом десен (рис. 1), 6 – с цементомами, 2 – с остеомами, по 1 наблюдению – с фибропапилломой, амелобластической фибромой и плоскоклеточным раком. У 3 пациентов рану закрыли местными тканями, у 15 – йодоформной турундой (повязкой) (ЙП), у 47 – силиконовой мембраной (повязкой) (СП). Турунду фиксировали швами без защитной пластины, что позволило унифицировать методики. Мембрану фиксировали к слизистой оболочке в 21 наблюдении с помощью узловых, в 26 наблюдениях – с помощью непрерывных швов (рис. 2). Провели анализ эксплуатации повязок в зависимости от разных факторов. Завершающим этапом комплексного лечения было рациональное протезирование, эффективность которого зависела от результатов хирургического лечения.

Результаты. Удаление новообразований провели радикально, что обосновано, так как у одного пациента верифицировали амелобластическую фиброму, у другого – рак (предполагали эпулис). Фиксация СП была лучше по сравнению с ЙП. Так, в течение 1-й недели удалили 14 ЙП (93%) и только 2 СП (4%). По истечении 1-й недели удалили 1 ЙП (7%) и 25 СП (54%) ($p < 0,001$). В течение 2 недель (18 пациентов) и 3 недель (2 пациента) удержалась только СП (рис. 3). Удержать ЙП на поверхности гребня швами без защитной пластины сложно. СП – можно, в том числе на сроке до 3 недель. Непрерывный шов позволяет перераспределять нагрузки (рис. 2). В такой ситуации фиксация СП не зависит даже от размера дефекта.

Наименее подготовленными к снятию повязки являлись раны в течение 1-й недели (28 пациентов). Только начинался рост грануляционной ткани. Имелись участки обнаженной кости, что потребовало дополнительных мероприятий. Через неделю после операции рана у 25 пациентов оказалась полностью покрыта грануляциями. Данный срок для снятия повязки допустимый, однако, для регенерации раны с обнаженной костной тканью минимально достаточный. При изоляции раны в течение 2-х недель (18 пациентов) грануляционная ткань созрела и была готова к эпителизации. Данный срок можно считать оптимальным для использования СП. При снятии мембраны у 2 пациентов через 3 недели обнаружили эпителизацию

(рис. 3), которой мембрана не мешала. Срок в течение 3 недель является идеальным для изоляции ран с обнаженной костью, что может обеспечить непрерывный шов. Оптимальное заживление послеоперационных ран в области альвеолярного гребня позволило сохранить протезное ложе у пациентов с предстоящим протезированием (рис. 4).



Рис. 1 Пациентка Е., 71 год.
Диагноз: генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести, гипертрофический гингивит. Фиброматоз десен, диффузная форма.



Рис. 2 Пациентка Е., 71 год
Послеоперационный дефект после иссечения новообразования и Удаления зубов закрыт силиконовой мембраной, которая зафиксирована непрерывным швом.



Рис. 3 Пациентка Е., 71 год. Вид послеоперационной области на 22 день после операции и непосредственно после снятия силиконовой мембраны. Заживление завершилось эпителизацией раны.



Рис. 4 Пациентка Е., 71 год. Сохраненные параметры протезного ложа позволили провести протезирование с хорошим функциональным результатом.

Прозрачный силикон позволял наблюдать за раной и принимать врачебные решения. СП обладала отличными изолирующими и защитными свойствами, распределяла и стабилизировала сгусток крови (рис. 2) . Турунда адсорбировала кровь и высушивала рану. СП создавала благоприятные условия для проведения гигиены. Детрит

легко удалялся с СП пациентами во время полоскания полости рта, тогда как у пациентов с ИП требовалось участие врача. Данные преимущества СП позволяют использовать методику амбулаторно.

Заключение. Изоляцию послеоперационных ран в области альвеолярного гребня с обнажением кости можно осуществлять с помощью раневой повязки в виде силиконовой мембраны. С помощью непрерывного шва мембрану можно удерживать в течение всего периода заживления, вплоть до эпителизации. Предложенный метод экономически доступен, технологичен, обладает прогнозируемым результатом и не зависит от величины послеоперационной раны.

Литература.

1. Булатников, А.С. Комплексное хирургическое и ортопедическое реконструирование альвеолярного отростка челюсти при одномоментном множественном удалении зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / А.С. Булатников; МГМСУ. – М., 2004.
2. Калайдов, А.Ф. Использование барьерных мембран в дентальной имплантации. С чего начать? / А.Ф. Калайдов // Новое в стоматологии. – 2002. – № 6, – С. 59-62.
3. Оценка эффективности новой нерезорбируемой ПТФЭ-мембраны при направленной регенерации тканей пародонта. Контролируемое клинико-морфологическое исследование / М.Д. Перова [и др.]. // Новое в стоматологии. – 2002. – № 6. – С. 47–57.
4. Сабо, Е. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта / Е. Сабо. – Будапешт: Издательство академии наук Венгрии, 1977. – С. 215–290.
5. Степанов, А.Е. Вспомогательные и основные операции в пародонтологической практике / А.Е. Степанов // Пародонтология. – 1999. – № 5. – С.18–21.
6. Шинкевич, Д.С. Особенности заживления послеоперационных ран мягких тканей лица в области преддверия рта, изолированных силиконовыми мембранами: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.21 / Д.С. Шинкевич; МГМСУ. – М., 2008. – 23 с.

ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА СИЛИКОНОВЫМ КОМПЛЕКСОМ У ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЕДДВЕРИЯ РТА

Щипский А.В., Шинкевич Д.С.

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

Введение. Посттравматические стяжения в преддверии рта являются препятствием для протезирования, что требуют удаления рубцовой ткани и воссоздания преддверия рта. Методы, используемые в пародонтологии, для этой цели не применимы. Йодоформные повязки могут привести к ещё большему рубцеванию. Перемещение лоскутов со щеки трудоёмкий, травматичный и не совсем эффективный вариант [5]. Использование кожного аутооттрансплантата на стенсовом вкладыше

[1, 2] требует дополнительной операции в донорской области. Аутооттрансплантат может сокращаться, деформироваться и некротизироваться. Кожа отличается от слизистой оболочки, в преддверии полости рта могут расти волосы.

Для решения проблемы предложен метод вестибулопластики с помощью силиконового комплекса (СК) (Патент РФ № 2297187, 2007 года), который имеет преимущества по сравнению с известными методами и лишен их недостатков.

Цель работы – обоснование эффективности вестибулопластики силиконовым комплексом у пациентов с рубцовыми изменениями слизистой оболочки преддверия полости рта.

Объекты и методы. Лечение 35 пациентов заключалось в иссечении рубцовой ткани с вестибулопластикой преддверия полости рта СК. Для этого раневой дефект изолировали силиконовой мембраной, которую фиксировали к слизистой оболочке по периферии раны узловыми швами. На мембрану помещали силиконовый валик, который фиксировали в глубине преддверия с помощью чрескожных швов с протекцией кожи стерильными пуговицами. СК снимали через 2–3 недели, и сразу же пациент начинал использовать формирующий имедиат-протез. Съёмный протез изготавливали после окончательной стабилизации мягких тканей преддверия полости рта. В динамике наблюдали за функциональными качествами протеза и стабильностью преддверия полости рта.

Результаты. Предложенный метод сходен со способом вестибулопластики по Bethman–Zoltan [4]. В отличие от прототипа СК можно использовать для углубления преддверия полости рта не только при неизменной слизистой оболочке, но и при рубцовых изменениях различной степени выраженности. Так, с помощью СК смогли сформировать преддверие полости рта у всех 35 пациентов, независимо от клинического состояния, возраста и сопутствующих заболеваний. Метод позволил отказаться от проведения операций в донорских участках для забора аутооттрансплантатов. Важным достоинством СК является простота выполнения и прогнозируемый результат. Так, эластичной силиконовой мембраной можно изолировать дефекты любой формы и конфигурации (рис. 1). Для этого во время фиксации мембрану прижимали пальцем к раневой поверхности (рис. 2), корректируя неровности ножницами. Валик укладывали на мембрану в глубине преддверия полости рта между предварительно проведенными через кожу нитями. После фиксации валик выполнял формирующую для преддверия функцию в течение всего периода заживления (рис. 3).

СК гарантировал, что сформированное во время операции преддверие полости рта сохраняло требуемую анатомическую форму (рис. 4).



Рис. 1 Пациентка А., 82 года. Диагноз: твердая фиброма («дольчатая фиброма») в области верхнего свода. После иссечения рубцовой ткани в области преддверия рта образовался послеоперационный дефект



Рис. 2 Пациентка А., 82 года. Изоляция послеоперационного дефекта в преддверии рта силиконовой мембраной



Рис. 3 Пациентка А., 82 года. Силиконовый комплекс зафиксирован в преддверии рта.



Рис. 4 Пациентка А., 82 года. Результат вестибулопластик с использованием силиконового комплекса.

Силиконовая мембрана надежно защищала рану от механического воздействия и инфицирования, не нарушая при этом в силу своей микропористой структуры газообмен. Кроме того, мембрана выполняла гемостатическую функцию, в том числе у пациентов со склонностью к повышенной кровоточивости. Заживление под мембраной происходило вторичным натяжением без образования грубой рубцовой ткани. В основании преддверия полости рта образовывалась более плотная соединительная ткань, так называемая, «положительная» рубцовая ткань [3], которая после снятия СК поддерживала стабильность воссозданного преддверия (рис. 4). Подвижную часть мягких тканей СК отодвигал от альвеолярного гребня, что положительно сказывалось на стабильности съемного протеза у пациентов с выраженной атрофией

альвеолярного отростка (части) челюстей. Использование после снятия СК формирующего имедиат-протеза позволило окончательно стабилизировать преддверие рта. В данной ситуации базис протеза имел полуовальную форму (рис. 5), что приводило к равномерному распределению нагрузки на мягкие ткани и исключало травму.

Применение у пациентов СК оптимизировало течение послеоперационного периода, что положительно воспринималось пациентами. Во время заживления пациенты могли проводить гигиену в полости рта и на коже, что даёт основание рекомендовать вестибулопластику СК для амбулаторного применения.



Рис. 5 Пациентка А., 82 года. Правильная форма базиса съёмного пластиночного протеза

Заключение. Метод вестибулопластики с помощью силиконового комплекса является универсальным, простым в исполнении и отличается прогнозируемыми результатами. С его помощью можно сформировать (воссоздать) преддверие полости рта у пациентов с рубцовыми стяжениями слизистой оболочки даже в тех ситуациях, когда другие методы по тем или иным причинам не могут быть использованы, или их результативность может вызывать сомнение. Метод может быть использован и в амбулаторной практике, если для этого нет противопоказаний.

Литература.

1. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И Бернадский. – М.: «Медицинская литература», 1999. – С. 134–136.
2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: руководство для врачей; под ред. Н.М. Александрова. – Л.: «Медицина», 1985. - С. 147–151.
3. Степанов, А.Е. Значение и роль рубцовой ткани после формирования преддверия полости рта при заболеваниях пародонта / А.Е. Степанов // Клиническая имплантология и стоматология. – 1999. – Т. 9-10. - № 2-3. С. 62-65.
4. Bethmann, W. Operations methoden der plastischen chirurgie / W. Bethmann, J. Zoltan. – Jena, 1968. – 439 s.
5. Commissure-Based Buccal Mucosal Flap. Plast. And Reconstruct. Surg. / E. Tezel [et al.]. – 1998. - № 101. - P. 1223-1227.
6. Use of facial artery musculo-mucosal flap for closure of soft tissue defects of the mandibular vestibule / M. Hatoko [et al.]. // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2002. - № 31. - P. 210–211.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ОРОАНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМ СУБЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ НЁБНЫМ ЛОСКУТОМ

Щипский А.В., Мухин П.Н.

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

Введение. Перфорация верхнечелюстного синуса во время удаления зубов верхней челюсти может привести к развитию синусита. Ликвидировать ороантральное сообщение (ОС) можно различными методами. Чаще используют щёчный лоскут, реже – полнослойный нёбный лоскут. Каждый из методов имеет преимущества и недостатки. Щёчный лоскут может сформировать складку слизистой оболочки и нарушить протезирование. Полнослойный нёбный лоскут жёсткий, перемещается с трудом, на нёбе обнажается участок кости. Предложен метод пластики ОС васкуляризованным субэпителиальным нёбным лоскутом (далее: субэпителиальным лоскутом) (Патент РФ № 2370220, 2009), который лишен данных недостатков.

Цель работы – определить показания для пластики ороантрального сообщения васкуляризованным субэпителиальным нёбным лоскутом.

Объекты и методы. Провели хирургическое лечение 134 пациентов с ОС, явившегося причиной перфоративного синусита или возникшего у пациентов с одонтогенным синуситом или кистозными образованиями. Среди пациентов 73 мужчины и 61 женщина. Средний возраст пациентов 49±15 лет. У 66 пациентов ОС ликвидировали с помощью щёчного лоскута, у 68 пациентов – субэпителиальным лоскутом (рис. 1-5). Для лечения синусита использовали радикальную операцию, кистозного образования – ороназальную цистэктомию. Результаты лечения различными методами сравнили по разным параметрам, в том числе с учётом конфигурации мягких тканей верхнего свода.

Результаты. Эффективность пластики ОС щёчным лоскутом зависит от квалификации хирурга. В данном исследовании с помощью щёчного лоскута удалось устранить ОС в 65 наблюдениях из 66(98%), с помощью субэпителиального лоскута – во всех 68 наблюдениях (100%). Сходная эффективность делает методики равнозначными в плане устранения ОС. Показанием для выбора в пользу субэпителиального лоскута является рецидив ОС после пластики щёчным лоскутом. Рубцевание тканей нарушает микроциркуляцию и мобильность щёчного лоскута при его повторном использовании. Субэпителиальным лоскутом можно устранить рецидив ОС, не затрагивая рубцовоизменённые ткани.

Основным показанием выбора в пользу субэпителиального лоскута является необходимость сохранения протезного ложа, особенно у пациентов с полным вторичным отсутствием зубов (рис. 1, рис. 5).

Глубина верхнего свода у 3 пациентов (38%) после пластики ОС субэпителиальным лоскутом не изменилась, а у остальных 5 пациентов (62%) – уменьшилась всего на $2,0 \pm 1,2$ мм. Сравнительный анализ, проведенный у 46 пациентов с включёнными дефектами зубного ряда, показал уменьшение глубины верхнего свода после пластики щёчным лоскутом на $4,5 \pm 2,2$ мм, и всего лишь на $1,3 \pm 0,5$ мм после пластики ОС субэпителиальным лоскутом ($p < 0,001$). Исходя из этого, метод пластики ОС субэпителиальным лоскутом можно рассматривать в качестве важного этапа предпротетической хирургической подготовки (рис. 5).

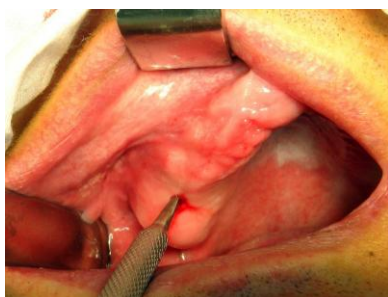


Рис. 1 Пациент Д., 68 лет. Диагноз: перфоративный верхнечелюстной синусит. Ороантральное сообщение в области зуба 1.6. Полная вторичная адентия.

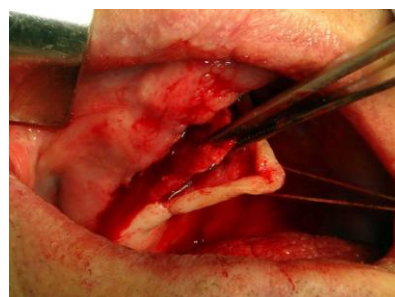


Рис. 2 Пациент Д., 68 лет. Треугольный нёбный лоскут расщеплён на две части.

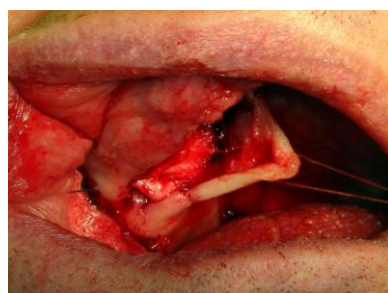


Рис. 3 Пациент Д., 68 лет. Субэпителиальный лоскут зафиксирован П-образным матрацным швом.



Рис. 4 Пациент Д., 68 лет. Наружный эпителиальный лоскут уложен на место и зафиксирован узловыми швами.

Пластика ОС субэпителиальным лоскутом может показаться сложной методикой. Это обоснованно только на этапе апробации. Методика является достаточно технологичной при соблюдении определенных принципов препарирования и фиксации лоскутов. Прежде всего, препарирование полнослойного нёбного лоскута следует проводить осторожно, что бы избежать травмы сосудистого пучка

и лоскутов. Для этого, при расщеплении полнослойного нёбного лоскута на две части, наружную – эпителиальную и внутреннюю – субэпителиальную, наружный лоскут следует держать в натянутом состоянии (рис. 2), а расщепление лоскутов проводить не только острой, но и обратной стороной лезвия скальпеля. Фиксацию субэпителиального лоскута после закрытия лунки зуба лучше осуществлять с помощью П-образного матрацного шва, который распрямляет и удерживает лоскут в правильном положении (рис. 3). Преимуществом предложенного метода по отношению к известной методике с полнослойным нёбным лоскутом является возможность изоляции раны на нёбе наружной эпителиальной частью расщепленного лоскута, который является биологической повязкой (рис. 4). Деэпителизация эпителиального лоскута в 59 наблюдениях (87%) не повлияла на результат пластики. Повторная эпителизация происходила обычно через 3 недели после операции. Особенности послеоперационного периода не влияли на работоспособность пациента.



Рис. 5 Пациент Д., 68 лет. Вид после заживления: протезное ложе не нарушено

С помощью субэпителиального лоскута можно проводить пластику ОС у пациентов с неосложненным течением и в амбулаторных условиях. По совокупности преимуществ и оригинальных возможностей метод пластики ОС с помощью субэпителиального лоскута может получить распространение, аналогичное методу с использованием щёчного лоскута.

Заключение. Предложенный способ пластики ороантрального сообщения васкуляризированным субэпителиальным нёбным лоскутом можно рекомендовать для использования наряду со стандартной методикой пластики щёчным лоскутом. В отличие от прототипа предложенный метод эффективен у пациентов с рубцовыми изменениями слизистой оболочки. Основным показанием для применения данного метода является полное вторичное отсутствие зубов и необходимость съёмного протезирования. С помощью данного метода можно сохранить конфигурацию протезного ложа, что определяет его в качестве важного этапа предпротетической хирургической подготовки.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ЕЁ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ

Бирюлев А.А., Шулаков В.В., Лежнев Д.А., Лузина В.В.

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

Введение. Возникающие в различные периоды комплексного лечения осложнения, при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах, а также рецидивы заболевания обусловлены целым рядом причин, как на этапе планирования лечения, так и в раннем, а также в позднем послеоперационных периодах [2].

Достоверно установлено, что осложнения, возникающие при лечении пациентов с хроническим одонтогенным синуситом верхнечелюстной пазухи, включая рецидивы заболевания, в ряде наблюдений связаны с нарушениями архитектоники полости носа как врождёнными, так и приобретенными [1].

Диагностика подобных изменений в общем плане обследования и планирования лечения, как правило, не проводится, или представляет затруднение.

Цель работы - оценить характер, степень, объём и точную локализацию имеющихся нарушений в области верхнечелюстных пазух при помощи мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ); выявить точную картину изменений в области клиновидной пазухи и решетчатого лабиринта, а также изменения внутриносовых структур.

Объекты и методы. В рамках исследования было проведено комплексное клинико-лучевое обследование 108 человек с поражениями придаточных пазух носа, выраженными в различной степени и в различных сочетаниях. Оценивали следующие патологические признаки: патологические изменения в полости носа: врождённые и приобретенные (посттравматические) дефекты и деформации, гипертрофию носовых раковин, наличие полипов в просвете носовых ходов, воспалительные изменения слизистой оболочки (утолщение, отёк, инфильтрация), локализацию поражения (одностороннее или

двустороннее); патологические изменения верхнечелюстных пазух и тип их строения: наличие перегородок, наличие полипов, кист, гипертрофию слизистой оболочки, наличие псевдокист в собственном слое слизистой оболочки, наличие и характер экссудата, наличие остеофитов, наличие фиброза, наличие инородных тел, поражение коллатеральной пазухи; патологические изменения в области клиновидных пазух; патологические изменения в области решетчатых лабиринтов.

Результаты. Проведённые исследования показали, что из обследованных 108 человек (100%) с диагнозом хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита, (как с наличием ороантрального сообщения, так и без него), патологические изменения в полости носа выявлены у 89 пациентов (82%); патологические изменения в области клиновидных пазух у 19 лиц (16%); те или иные изменения в области клеток решётчатого лабиринта у 65 индивидуумов (60%).

Данный факт свидетельствует о том, что в большинстве наблюдений поражения полости носа и её придаточных пазух являются системными.

Имеющиеся патологические признаки в носовой полости характеризовались тем, что изменяли состояние и объём просвета общих носовых ходов. Следовательно, уменьшали аэрацию слизистых оболочек, а также способствовали фиксации и затруднению оттока слизи и экссудата из различных отделов полости носа и её придаточных пазух, что поддерживало и усугубляло воспаление. Это подтверждается также тем, что при одностороннем поражении патологические признаки в полости носа и в области верхнечелюстных пазух локализовались с одной стороны.

Аналогична и направленность патологических изменений, выявленных в области клиновидных пазух (19 пациентов), а также в области клеток решетчатого лабиринта (65 человек). При этом наиболее выраженные признаки патологии были констатированы у 30 пациентов (28%), а у 27 человек (25%), они были умеренными. В области клиновидных пазух патологические симптомы также в большинстве наблюдений определялись как максимальные.

Заключение. Таким образом, проведение компьютерной томографии в комплексе обследования пациентов с хроническим одонтогенным синуситом верхнечелюстной пазухи в различные периоды развития заболевания позволяет получить достоверную объективную информацию о состоянии не только верхнечелюстных пазух, но и полости носа, и других придаточных пазух. Врачи-специалисты в области хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, как правило, не обладают достаточной

квалификацией и опытом в области оториноларингологии. Поэтому ценность компьютерного томографического исследования заключается также и в том, что с его помощью возможно решить вопрос о необходимости привлечения ЛОР-специалистов для участия в обследовании и лечении пациентов данной категории.

Литература.

1. Бессонов, О.В. Компьютерно-томографическая семиотика и усовершенствованная классификация синуситов / О.В. Бессонов, А.Ю. Васильев // Мед.виз. - 1996. - № 2. - С. 14-21.
2. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. - М.: «Медицина», 2006. - 608 с.

ПРИНЦИПЫ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Грецких Е.В., Сторожева М.В.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Степень тяжести течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области зависит от выраженности эндогенной интоксикации, вызванной активацией процессов катаболизма. При проведении медикаментозной терапии в комплексном лечении пациентов при использовании сульфаниламидных, нестероидных противовоспалительных препаратов и антибиотиков часто имеют место аллергические, токсические и дисбиотические осложнения. Перспективным направлением является комплексное использование антигомтоксической и сорбционной терапии при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. При применении дезинтоксикационной терапии уменьшается патологическое воздействие биологически активных веществ на иммуннокомпетентные клетки, что способствует сохранению иммунологической реактивности и возможности противостоять инфекционной агрессии. Использование в комплексной медикаментозной терапии пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области средства «Энтеросгель» и одного из антигомтоксических препаратов – «Лимфомиозот» повышает показатели качества лечения за счёт активизации иммунобиологической реактивности организма, снижает риск развития медикаментозных осложнений, сокращает сроки нетрудоспособности.

У пациентов при использовании детоксикационной терапии отмечалось значительное уменьшение отёка и болей в поражённой

области, улучшение общего состояния, более быстрое очищение раневой поверхности от гнояного экссудата и заживление вторичным натяжением с менее выраженными проявлениями интоксикации, сокращением послеоперационного периода, который протекал без осложнений. При анализе результатов планиметрического исследования установлено, что сокращение раневой поверхности у пациентов составляло до $3,9 \pm 0,1$ см²/сутки. Так же было установлено повышение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов, особенно фагоцитарного индекса (на 53,1%).

На основании сравнительного изучения процесса регенерации операционной раны после первичной хирургической обработки гнойных очагов у пациентов с острыми одонтогенными гнойными периоститами альвеолярных отростков челюстей и флегмонами челюстно-лицевой области установлено, что при использовании сорбционной и антигомтоксической терапии в большинстве наблюдений были отмечены цитограммы регенераторно-воспалительного характера, а при использовании антибиотикотерапии дегенеративно - воспалительного типа. Ускорение процесса регенерации операционной раны было связано с более эффективным очищением раневой поверхности от некротических тканей, обусловленных применением сорбента, что так же способствует уменьшению выраженности эндогенной интоксикации и повышению активности саногенеза.

Заключение. Использование в комплексной медикаментозной терапии у пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области средства «Энтеросгель» и антигомтоксического препарата «Лимфомиозот» повышает показатели качества лечения за счёт активизации иммунобиологической реактивности организма, снижает риск развития медикаментозных осложнений, сокращает сроки нетрудоспособности.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гусев О.Ф., Пиямов Р.Р.

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

Введение. На сегодняшний день проблема лечения пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями остается актуальной.

Это связано с распространенностью одонтогенных заболеваний. По данным ряда авторов она составляет от 40 до 60% от всех обращений в клинику челюстно-лицевой хирургии.

Остаются не решенными вопросы ведения пациентов в дооперационном и послеоперационном периодах. Особенностью одонтогенных заболеваний является специфическая микрофлора в очаге воспаления. В связи с этим лечение пациентов будет направлено на борьбу с инфекцией и профилактикой рецидивов. Важным аспектом при реабилитации пациентов является послеоперационное ведение с назначением комплекса мер для снижения риска послеоперационных осложнений.

Цель исследования - разобрать подготовку пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями к хирургическому лечению, этапы лечения и послеоперационного ведения.

Объекты и методы. В клинике кафедры госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии проводилось лечение 120 пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями: 80 с абсцессами и 40 с флегмонами различной локализации. Перед началом лечения проводилось клиническое обследование, включающее жалобы пациента, анамнез заболевания, анамнез жизни. Дифференцировали с лимфаденитом, той или иной локализации, новообразованием доброкачественным или злокачественным, с последствиями травм челюстно-лицевой области. Выполняли лабораторное обследование, включающее клинический анализ крови; определение уровня глюкозы в крови, время свертываемости крови, биохимический анализ крови, коагулограмму, анализ крови на инфекционные заболевания, общий анализ мочи. В рамках лучевых методов обследования выполняли ортопантомографию, рентгенографию органов грудной клетки. Проводили электрокардиографию, для исключения сердечно-сосудистой патологии. В условиях стационарного отделения челюстно-лицевой хирургии проводили подготовку пациента к экстренному хирургическому вмешательству. В предоперационном периоде выполняли медикаментозную терапию, включающую инфузионную, антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую, антиагрегантную, симптоматическую. При выраженных воспалительных процессах назначали два вида антибиотиков. До операции назначали премедикацию, состоящую из седативных, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов, транквилизаторов, холинолитиков. В зависимости от выраженности воспалительного процесса проводилась тотальная внутривенная анестезия, или ингаляционный наркоз.

Оценивали степень изменений в области «причинного» зуба. Если коронковая часть зуба была разрушена более чем на 1/3, имелись выраженные периапикальные изменения, подвижность зуба, то его удаляли в процессе проведения первичной хирургической обработки гнойного очага. При отсутствии показаний к удалению проводилось лечение «причинного» зуба (вскрытие полости зуба, механическая и медикаментозная обработка канала/каналов, постановка временной пломбы). Имеющиеся зубы в полости, не подлежащие лечению, удаляли одновременно с «причинным» зубом, если они находились по соседству. Как указано ранее, операция – первичная хирургическая обработка гнойного очага проводилась под адекватным видом обезболивания с ревизией и дренированием всех задействованных клетчаточных пространств. В рану вводили трубочные дренажи, мазь «Левомеколь», йодоформный тампон для дополнительной фиксации дренажей, осуществляли инстилляцию раны растворами антисептиков, смену трубочных дренажей на ленточные. В послеоперационном периоде назначали метод гипербарической оксигенации (ГБО), физиолечение, рекомендовали проведение механотерапии и миогимнастики.

Результаты. Всем пациентам проводился комплекс мер по борьбе с инфекцией и профилактикой послеоперационных осложнений, что позволило выписать их из отделения челюстно-лицевой хирургии в кратчайшие сроки. Клинические наблюдения показали необходимость следования всем этапам хирургического лечения и дополнительным методам реабилитации пациентов данной категории.

Заключение. Составляющим успешного лечения пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями является комплекс лечебных мероприятий, направленных на своевременное и адекватное выполнения первичной хирургической обработки гнойного очага и его дренирование, удаление «причинного» зуба и одновременно проведение хирургической санации полости рта, назначение адекватной антибактериальной терапии, проведение инфузионной терапии с первых часов пребывания пациента в отделении, регулярные перевязки с использованием мазей, антисептических растворов и растворов ферментов. Показано своевременное назначение ГБО, физиолечения, механотерапии и миогимнастики для более полной и быстрой реабилитации пациентов.

Литература.

1. Соколов, А.А. Применение лечебной физической культуры в челюстно-лицевой хирургии / А.А. Соколов, В.И. Заусаев. – 1970.
2. Соловьев, М.М. Абсцессы и флегмоны головы и шеи / М.М. Соловьев, О.П. Большаков. – 2001.
3. Шаргородский, А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи / А.Г. Шаргородский. – 2001.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНАМИ ЛИЦА И ШЕИ

Забелин А.С.

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет,
г. Белгород, Россия*

Введение. Развитие гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области сопровождается развитием эндогенной интоксикации (ЭИ), что приводит к нарушению деятельности сердечнососудистой системы (ССС) [1, 2].

Имеющиеся в специальной литературе исследования противоречивы и не позволяют дать объективную оценку кардиогемодинамики у пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области [3, 4, 5].

Цель исследования – объективная оценка центральной гемодинамики и сократительной способности миокарда у пациентов прогрессирующими флегмонами лица и шеи.

Объекты и методы. Оценка функционального состояния ССС проведена у 70 пациентов с прогрессирующим течением флегмон лица и шеи в возрасте от 19 до 46 лет, не имеющих в анамнезе заболеваний ССС. Для её характеристики использовали показатели ЭКГ и эхокардиографии (ЭХКГ). Определяли также величину АД, частоту пульса, рассчитывали среднее динамическое давление (СДД), ударный объём (УО) и минутный объёмный кровоток (МОК), интегральный показатель макрогемодинамики – шоковый индекс.

Сократительная способность миокарда оценивалась на основании ряда показателей ЭХКГ: диаметра левого желудочка в систолу (Дс) и диастолу (Дд), объёма сердечного выброса (Vуд), фракции сердечного выброса (ФВ), относительного укорочения диаметра левого желудочка (ΔS) и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Обследование пациентов проводилось при поступлении, в процессе лечения и перед выпиской из стационара. Контрольную группу составили 11 практически здоровых лиц соответствующего возраста.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что у пациентов с прогрессирующим течением флегмон челюстно-лицевой области наблюдаются выраженные изменения центральной гемодинамики и сократительной способности миокарда. Это проявлялось в значительной тахикардии, которая достигла $105,8 \pm 3,8$ в минуту, увеличении среднего динамического давления на 10 %. Шоковый индекс повышался до $0,83 \pm 0,03$ ед. УО и МОК в острый период развития воспалительного процесса достоверно увеличивались по сравнению

с контрольной группой соответственно на 7,5 % и 49,2 %. Все это указывает на развитие у пациентов гипердинамического синдрома.

В ситуации развития осложнений (медиастинит, сепсис) отмечались более выраженные клинические признаки токсического поражения миокарда. Это характеризовалось более значительной тахикардией, неустойчивой гемодинамикой с тенденцией к гипотонии. Соответственно этому уменьшались СДД, УО и МОК, а шоковый индекс увеличивался до 1,0-1,3 ед.

На ЭКГ наблюдалось снижение амплитуды основных зубцов, а в ряде наблюдений и отрицательный зубец Т. У некоторых пациентов выявлялась экстрасистолия. При анализе показателей ЭХКГ установлено увеличение как Дс, так и Дд. Объем сердечного выброса повышался по сравнению с контрольной группой на 21,7%. Показатели инотропизма миокарда левого желудочка характеризовались достоверным уменьшением фракции сердечного выброса и укорочением относительного диаметра левого желудочка. Одновременно почти в 2 раза по сравнению с пациентами контрольной группы снижалось ОПСС, которое достигало $705,5+56,1$ дин/с/см⁻⁵.

После проведенного лечения, при благоприятном его исходе, показатели функционального состояния ССС приближались к контрольным значениям, однако к моменту выписки полной нормализации их не происходило.

Заключение. Таким образом, полученные данные дают основание сделать вывод, что у пациентов с прогрессирующими флегмонами лица и шеи в острый период заболевания наблюдается снижение сократительной способности миокарда левого желудочка, сосудистого тонуса, степень которых зависит от выраженности ЭИ. Электрокардиографические изменения свидетельствуют о развитии миокардиодистрофии. Это указывает на необходимость проведения у данной группы пациентов соответствующей кардиотропной терапии.

Литература.

1. Грицук, С.Ф. Синдром системного воспалительного ответа и сепсис в клинике челюстно-лицевой хирургии / С.Ф. Грицук, В.М. Безруков, А.П. Шафронский // Хирургия. – 2000. - № 1. – С. 47-53.
2. Громов, А.Л. Совершенствование диагностики и лечения тяжелых осложнений одонтогенной инфекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / А.Л. Громов; Воронеж: ВГМА, 2011. – 22 с.
3. Губин, М.А. Гемодинамические нарушения и их коррекция у больных с воспалительными процессами лица и шеи / М.А. Губин // Стоматология. – 1994. - № 5. – С. 28-31.
4. Черноусенко, А.С. Лечение больных с неосложненными формами флегмон челюстно-лицевой области с применением гемодилюции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / А.С. Черноусенко. – М., 1986. – 27 с.
5. Association between dental health and acute myocardial infarction / K.Z. Matilla [et al.]. // British Med. J. – 1989. – Vol. 25. - № 289. – P. 48-49.

ВЛИЯНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ, НА СПЕКТР РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ

Кабанова С.А., Окулич В.К.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. Для профилактики внутрибольничных инфекций необходимо исходить из особенностей эпидемического процесса в хирургическом стационаре, учитывать факторы риска развития нозокомиальных инфекций [1], в том числе, циркуляцию госпитальных штаммов. Госпитальные штаммы - это штаммы, сформировавшиеся в условиях стационара в результате селекции из гетерогенной популяции. Они способны длительное время поддерживать эпидемический процесс за счёт более высокой вирулентности, антибиотикорезистентности, резистентности к антисептикам, дезинфектантам и другим факторам, обеспечивающим этим микроорганизмам преимущества выживания, что значительно затрудняет рациональную антибиотикотерапию и профилактику хирургической инфекции [3]. В качестве диагностических критериев госпитальных штаммов наиболее часто в специальной литературе упоминаются: вирулентность, изменчивость, генетический, критерий, распространенность и устойчивость к антимикробным препаратам. Последний считается самым важным: нозокомиальные штаммы характеризуются множественной устойчивостью к антибиотикам (более чем к 5 из разных групп) [2].

Цель работы - изучить зависимость спектра антибиотикорезистентности микрофлоры, циркулирующей в отделении челюстно-лицевой хирургии, и количества используемых антибиотиков, а также анализ чувствительности штаммов микроорганизмом, выявленных из различных источников.

Объекты и методы. Проводилось бактериологическое исследование микроорганизмов, выделенных из гнойных ран длительно (более 10 дней) госпитализированных пациентов, объектов внешней среды, а также выделенных из зева и носа сотрудников отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «Витебская областная клиническая больница». Для обнаружения различных видов стафилококков использовали желточно-солевой агар с азидом натрия, стрептококков - 5% кровяной «Колумбия-агар». Идентификация аэробных, факультативно-анаэробных и микроаэрофильных микроорганизмов и определение их чувствительности к антимикробным

препаратам проводили с помощью тест-систем на биохимическом анализаторе АТВ Expression фирмы «bioMerieux».

Результаты. Установлена статистически достоверная корреляция числа применяемых антибактериальных препаратов и спектра чувствительности коагулазоотрицательных стафилококков (КОС), выделенных у сотрудников отделения ($r=0,99$, $p=0,033$), а также всей совокупности микроорганизмов объектов внешней среды ($r=0,99$, $p=0,027$). При анализе спектра КОС гнойных ран и длительно госпитализированных пациентов зависимость данных показателей от количества используемых в отделении антибиотиков определяется в виде тенденции ($r=0,99$, при $p=0,051$ для отделяемого гнойных ран, $r=0,99$, при $p=0,065$ для длительно госпитализированных пациентов). Для стрептококков и золотистого стафилококка не обнаружено связи с количеством применяемых в отделении антибиотиков. Спектр чувствительности золотистого стафилококка из отделяемого гнойных ран и спектр чувствительности этих же микроорганизмов, полученных при обследовании сотрудников отделения, находятся в прямой корреляционной зависимости ($r=0,99$, $p=0,043$). Для других микроорганизмов не получено корреляционной зависимости спектра чувствительности микрофлоры гнойного отделяемого и других исследуемых объектов. При изучении чувствительности микрофлоры, выделенной от сотрудников отделения, статистически достоверная корреляционная зависимость определена для КОС внешней среды ($r=0,99$, $p=0,037$) и для пациентов, длительно находящихся на стационарном лечении ($r=0,99$, $p=0,038$). Для других видов микроорганизмов не выявлено корреляционной зависимости. Изучение спектра чувствительности микроорганизмов объектов внешней среды позволило установить статистически достоверную связь аналогичных показателей для совокупного состава микрофлоры, выделенной от длительно госпитализированных пациентов ($r=0,99$, $p=0,038$), а также для КОС (r около 1, $p=0,005$). При изучении золотистого стафилококка определена тенденция к корреляционной зависимости изучаемых объектов ($r=0,99$, $p=0,065$).

Заключение. При длительном приеме антибиотиков определяется возрастание резистентности к ним микрофлоры. В отделении наблюдается циркуляция штаммов микроорганизмов, в основном коагулазоотрицательных стафилококков.

Литература.

1. Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии / В.С.Агапов [и др.]. - М.: «Медицина», 2002. – 256 с.
2. Использование данных о составе и лекарственной устойчивости возбудителей нагноений при ретроспективном анализе эпидемиологической ситуации

- в стационаре / Д.Д. Меньшиков [и др.]. // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунологии. - 1999. - № 1. - С. 54–57.
3. Nosocomial and community-acquired infections in Germany Summary of the results of the First National Prevalence Study. / H. Ruden [et al.]. // Infections. - 1997. - № 4.- С. 199-202.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Крупченко М.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. На современном этапе параллельно с увеличением числа одонтогенных гнойно-воспалительных процессов, прослеживается постоянный рост показателей развития воспалительных процессов неодонтогенного генеза, из которых фурункулы челюстно-лицевой области составляют 37,1% [2]. Частота развития данного патологического процесса от общего числа воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области составляет 19,4%. При этом 57,6% из них приходится на долю лиц трудоспособного возраста [1]. Изменения в клиническом течении заболеваний, их быстрое течение нередко приводит к тяжёлым осложнениям, угрожающих для жизни пациента: тромбофлебиту вен лица, тромбозу пещеристого синуса, менингиту, менингоэнцефалиту, сепсису. Однако на современном этапе структуре заболеваемости гнойно-воспалительными процессами неодонтогенного генеза не уделяется достаточно внимания.

Цель исследования – определить структуру заболеваемости фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Проведен ретроспективный анализ карт стационарных пациентов с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области, проходивших стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии № 2 УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска в 2007 году. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с применением персонального компьютера и пакетов прикладных статистических программ. Полученные данные обрабатывались методом описательной статистики с вычислением среднего арифметического (M), среднего квадратичного отклонения (σ).

Результаты. Анализ данных частоты развития фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области за изучаемый период времени показал, что у мужчин данная патология возникает чаще 41 (64,1%), чем у женщин – 23 (36,9%). При этом средний возраст у мужчин

при поражении данной патологией составляет $31,2 \pm 0,34$ года, женщин - $35,6 \pm 0,48$ лет. Структура частоты развития фурункулов и карбункулов в зависимости от локализации была следующей: подбородочная область - 20,3%, область щеки – 18,75%, область нижней губы – 10,9%, область верхней губы – 7,8%, подглазничная область – 9,4%, височная область - 6,25%, поднижнечелюстная область – 6,25%, в надбровной области - 4,7%, в скуловой области - 4,7%, в области носогубной складки - 4,7%; в области лба, угла рта и корня носа патологический процесс был констатирован у 3,1%, 3,1% и 1,6% пациентов, соответственно.

Необходимо отметить, что у изучаемой группы пациентов, в 18,75% наблюдений в анамнезе были сопутствующие заболевания. У 7,8% пациентов с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области сахарный диабет 1 и 2 типов. Среди сопутствующих диагнозов также были ишемическая болезнь сердца, стенокардия, флебит угловой вены лица, невусы и папилломы.

Средняя продолжительность нахождения пациентов с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области в стационаре составила $4,9 \pm 0,3$ суток, причём, после выписки из стационара все пациенты продолжали амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства под наблюдением стоматологов-хирургов.

Заключение. Структура заболеваемости свидетельствует о высокой социально-экономической значимости совершенствования известных и поиска новых, наиболее эффективных комплексов лечения фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области.

Литература.

1. Власова, О.С. Лечение воспалительных заболеваний и тканей челюстно-лицевой области на основе низкочастотного ультразвука и перфторана: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / О.С. Власова; Перм. гос. мед. академ., 2008. – 22 с.
2. Климова, И.С. Закономерности возникновения и развития фурункулов челюстно-лицевой области, патогенетически обоснование путей коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / И.С. Климова; Иркутск, 2009. - 19 с.

ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗ И ИХ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кульбашна Я., Мамонов Р., Лагода Н., Демьянова И.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области – одни из наиболее частых заболеваний в практике стоматолога-хирурга. Своевременная диагностика и лечение

позволяют предотвратить развитие осложнений, угрожающих жизни пациента. Кроме традиционного лечения, которое включает хирургическое вмешательство и антибиотикотерапию, разрабатываются и используются препараты, влияющие на процессы патогенеза воспаления. Ключевую роль в возникновении воспаления играют: калликреин-кининовая система, система свертывания крови, факторы клеточного и гуморального иммунитета. Феномен ограниченного протеолиза и формирование первичных медиаторов воспаления играют одну из ключевых ролей в развитии воспаления. Биологически активные вещества (кинины), которые формируются при воспалении – ответственны за проявления его основных признаков (боль, гиперемия, отёк) [1, 4, 5].

Ингибиторы протеаз, действуя на биологически активные вещества, возникающие в цепочке воспалительных реакций, приводят к их инактивации – цепь прерывается и возникновение других факторов воспаления становится не возможна. Эффективность местного применения поливалентных ингибиторов протеолиза подтверждена как клинически, так и экспериментально [3].

Цель работы - повысить эффективность лечения гнойно-воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области с использованием ингибиторов протеаз.

Объекты и методы. На кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца разработан метод лечения воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области и профилактики их осложнений - регионарное лимфотропное (непрямое эндолимфатическое) введение ингибиторов протеаз [2]. Метод был апробирован на 20 пациентах с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Медикаментозное лечение включало традиционную противовоспалительную терапию и регионарное лимфотропное введение апротинина 2–3 инъекции 20000 КИЕ (калликреин – ингибирующих единиц) каждые 1-2 дня.

Результаты лечения были сопоставлены с результатами тех пациентов, которые получали только традиционное лечение. Учитывались следующие симптомы: степень выраженности боли, динамика отёка и инфильтрата, уменьшение количества койко-дней и улучшение результатов лечения.

Результаты. Позитивная динамика у пациентов, которым были назначены ингибиторы протеаз возникла с первого дня лечения. Уменьшение отёка, экссудации и болевых ощущений наблюдались уже на 1-2 день. Динамика уменьшения отёка на протяжении 1-3 дней

в основной группе значительно выше, чем в контрольной. Это говорит о том, что в очаге воспаления и окружающих тканях возникла достаточная концентрация ингибиторов протеаз. Анализируя результаты проведенного исследования, можно сказать, что дополнительное введение в комплекс противовоспалительной терапии ингибиторов протеаз, во-первых, уменьшает сроки лечения в среднем на 2-3 дня, во-вторых, приводит к благоприятному течению воспалительного процесса, и наконец уменьшает риск возникновения осложнений. При этом хотелось бы отметить - не было установлено ни одного факта возникновения осложнений, которые были бы связаны с применением данной методики.

Заключение. Положительные результаты исследований показали, что регионарное лимфотропное введение ингибиторов протеаз при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей челюстно-лицевой области уменьшает сроки лечения и значительно повышает его эффективность.

Литература.

1. Веремеенко, К.Н. Кининовая система / К.Н. Веремеенко. – Киев, 1977.
2. Маланчук, В.А. «Спосіб лікування гнійно-запальних захворювань щелепно-лищевої ділянки» патент України № 48776 / В.А. Маланчук, Я.А. Кульбашна, Р.О. Мамонов. - Від 25.03.2010.
3. Сапаргельдыев, Н.Б. Динамика заживления инфицированного перелома нижнечелюстной кости при воздействии андекалина и контрикала / Н.Б. Сапаргельдыев, Р.Ю. Бабаев // *Стоматология*. – 1991. – Т. 71. - № 1.
4. Kinins in pain and inflammation / J.B.Calixto [et al.] // *Pain*. – 2002. – Vol. 87. –P.1–5.
5. Role of the bradykinin B2 receptor for the local and systemic inflammatory response that follows severe reperfusion injury / D.G. Souza [et al.]. // *British Journal of Pharmacology*. – 2003. – Vol. 139. – P. 129–139.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ПЕРИОСТИТОМ

Кушнер А.Н., Демидович Т.В., Севастьянова О.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «1-я городская детская клиническая стоматологическая
поликлиника»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Проблема одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей остаётся актуальной в связи с большим количеством болеющих данной патологией. Удельный вес пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в разных клиниках, в том числе и в детской клинике челюстно-лицевой хирургии УО «Белорусский

государственный медицинский университет», составляет от 31 до 55% и имеет тенденцию к росту [1]. Периостит челюстей чаще (74-78% наблюдений) развивается в результате обострения хронического воспалительного процесса в периодонте. Значительно реже (5-8%) периостит возникает как осложнение острого гнойного периодонтита [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты и структуры обращаемости детей с острым одонтогенным периоститом за специализированной помощью.

Объекты и методы. Исследование проведено на базе Учреждения здравоохранения «1-я городская детская клиническая стоматологическая поликлиника» г. Минска. Изучены журналы экстренных операций и амбулаторные карты 302 пациентов, обратившихся в хирургический кабинет в период с 2006 по 2010 год включительно по поводу лечения острого одонтогенного периостита.

Результаты. Изучаемое заболевание диагностировалось чаще у мальчиков – 186 (61,59±2,8%) наблюдений, чем у девочек – 116 (38,41±2,8%). Острый периостит челюстей встречался у 29 (9,6±1,69%) детей в возрасте до 5-и лет, 108 (35,76±2,76%) в возрасте 5-8 лет, 69 (22,85±2,42%) в возрасте 8-12 лет и у 96 (31,79±2,68%) детей старше 12-ти лет. Подробно распределение детей по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1
Распределение детей по возрасту

Воз- раст	2006		2007		2008		2009		2010		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
до 5 л	6	11,32	4	5,71± 2,77	9	11,84	2	3,45± 2,4	8	17,78± 5,7	29	9,6± 1,69
5-8 л	17	32,08	26	37,14± 5,78	30	39,47	21	36,21± 6,31	14	31,11± 6,9	108	35,76± 2,76
8-12 л	14	22,64	16	22,86± 5,02	12	15,79	17	29,31± 5,98	10	22,22± 6,2	69	22,85± 2,42
ст. 12 л	16	30,19	24	34,29± 5,67	25	32,89	18	31,03± 6,07	13	28,89± 6,76	96	31,79± 2,68
Всего	53	100	70	100	76	100	58	100	45	100	302	100

Высокая заболеваемость детей острым одонтогенным периоститом в 5–8-летнем возрасте связана с увеличением интенсивности поражения зубов кариесом в первом периоде сменного прикуса, преимущественно за счёт поражения молочных зубов. В 190 (62,91±2,78%) наблюдений причиной развития описываемого заболевания явились молочные зубы и в 112 (37,09±2,78%) – постоянные. В виду этого отмечается и своеобразная локализация входных ворот инфекции у детей.

В возрасте до 8 лет – это в большинстве наблюдений (134) временные моляры и только в 3 фактах первые постоянные моляры. В возрасте старше восьми лет временные зубы явились причиной острого периостита у 66, а постоянные у 109 детей. Одонтогенный периостит в 154 (50,99±2,88%) наблюдений зарегистрирован на верхней челюсти и в 148 (49,01±2,88%) - на нижней. Несмотря на то, что многие авторы указывают на увеличение частоты острых одонтогенных воспалительных заболеваний в летнее время, в проводимом анализе не установлена зависимость частоты встречаемости острого одонтогенного периостита от времени года (рис.1).

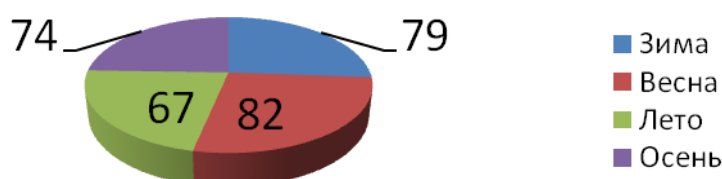


Рис. 1 Частота обращаемости детей с острым одонтогенным периоститом в разные времена года

Закключение. Острый одонтогенный периостит у детей чаще отмечается в 5-8-летнем возрасте, что связано с высокой распространенностью кариеса и увеличением его интенсивности в первом периоде сменного прикуса. Мальчики болеют данным заболеванием чаще девочек, что, связано с психофизиологическими особенностями отношения к лечению зубов и гигиене полости рта. В проводимом анализе не установлена зависимость частоты встречаемости острого одонтогенного периостита от времени года.

Литература.

1. Стоматология. Челюстно-лицевая хирургия: учеб. пособие / Т.Н. Терехова [и др.]. – Минск: БГМУ, 2008. – С. 63-67.
2. Шаргородский, А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи / А.Г. Шаргородский. – М.: «Медицина», 1985. – С. 254-259.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ
Макарова Е.В., Тарасенко С.В., Меликян А.Л.**

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

Введение. Лечение лиц с сопутствующей патологией является важной проблемой в практической стоматологии. Пациенты

с заболеваниями крови составляют отдельную группу пациентов и требуют особого подхода и повышенного внимания, особенно при проведении хирургического вмешательства. Наличие самого гематологического заболевания, химиопрепараты, используемые при лечении пациентов данной категории, влияют на течение раневого процесса, характер репаративных процессов в организме, развитие осложнений после оперативных вмешательств, что необходимо учитывать при планировании хирургического лечения и в послеоперационный период. [1]. Вместе с тем, часто необходимо оказание скорой стоматологической хирургической помощи без длительной медикаментозной подготовки. К тому же, наличие несанированных очагов хронической одонтогенной инфекции может привести к выраженным воспалительным процессам на фоне проводимой химиотерапии. На современном этапе всё большее распространение в медицине приобретают лазерные технологии. Использование лазера в хирургической стоматологии имеет множество преимуществ: хороший гемостаз по ходу разреза, минимальная травма окружающих тканей, снижение риска послеоперационных осложнений (лазерное излучение способно уничтожить более 99% всех известных микроорганизмов), ускорение репаративных процессов, более быстрое заживление раны [2, 3]. Все это имеет важное значение при проведении вмешательств у пациентов с заболеваниями крови.

Цель исследования - повышение эффективности хирургического стоматологического лечения пациентов с заболеваниями крови путём использования хирургического лазера.

Объекты и методы. Под наблюдением находилось 15 пациентов – 8 мужчин и 7 женщин в возрасте от 21 до 64 лет с заболеваниями крови: 3 - с гемофилией А, 5 - с первичной иммунной тромбоцитопенией, 3 - с эссенциальной тромбоцитемией, 1 - с лимфогрануломатозом, 1 с диффузной В-клеточной лимфосаркомой, 2 - с хроническим лимфолейкозом. Из них 13 проводилось удаление зубов: по причине хронического периодонтита – 11, по причине обострения хронического периодонтита – 3, по причине дистопии - 1. Одному пациенту проведён лазерный кюретаж парадонтальных карманов, 1 пациентке была проведена обработка незаживающей травматической эрозии на губе с помощью эрбиевого лазера, 1 пациенту первичная хирургическая обработка гнойного очага по поводу поднадкостничного абсцесса. Всем пациентам в предоперационном периоде было проведено клиническое обследование, включавшее лучевые методы исследования, лабораторное обследование (общий анализ крови и коагулограмму), консультацию

врача-гематолога, пациентам с гемофилией А была проведена заместительная терапия концентратом фактора VIII свертывания крови в необходимом объеме.

В представленной работе был использован эрбиевый лазер системы OpusDuo Aqualite EC с длиной волны 2940 нм, который может работать как с мягкими, так и с твердыми тканями, и неодимовый лазер SMARTFILE DEKA, применяемый при работе на мягких тканях. Местных гемостатических препаратов не применялось. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде была назначена 2 пациентам, вмешательство у которых проводилось по причине обострения хронического периодонтита и острого гнойного периостита после курса полихимиотерапии.

Результаты. По результатам наблюдений, у пациентов с нарушениями количества тромбоцитов отмечалась капиллярная кровоточивость из слизистой оболочки десны во время и после оперативного вмешательства данная зона была обработана излучением эрбиевого лазера. Послеоперационных кровотечений у пациентов констатировано не было, также пациенты не отмечали боли в послеоперационном периоде, неприятных ощущений или дискомфорта в области удалённых зубов, в области послеоперационной раны. В одном наблюдении было отмечено развитие альвеолита, но что сам пациент связывал это с нарушением рекомендаций врача (неоднократным интенсивным полосканием полости рта водой). Альвеолит также протекал без выраженного болевого синдрома, отёка и гиперемии мягких тканей, окружающих лунку удалённого зуба. Эпителизация лунок удалённых зубов у 12 пациентов наступала на 11-12 сутки после проведенного вмешательства, эпителизация ран после выполнения первичной хирургической обработки гнойного очага по поводу поднадкостничного абсцесса и обработки травматической эрозии – на 5 сутки после операции.

Заключение. Применение хирургического лазера позволяет снизить вероятность развития интра- и послеоперационного кровотечения, осложнений воспалительного характера у пациентов с заболеваниями крови, даёт возможность оказывать хирургическую стоматологическую помощь пациентам с данной патологией на качественно новом уровне.

Литература.

1. Радченко, В.Г. Основы клинической гематологии / В.Г. Радченко. – СПб.: «Диалект», 2003. – С. 107-191.
2. Рисованный, С.И. Лазерная стоматология / С.И. Рисованный, О.Н. Рисованная, В.И. Масычев. - Краснодар: «Кубань-Книга», 2005.- 276 с.
3. Толстых, А.В. Применение эрбиевого лазера для хирургического лечения радикулярных кист челюстей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / А.В. Толстых: ГОУ ВПО МГМСУ. – М., 2009. – 22 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОЗОВ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Медведев Ю.А., Басин Е.М., Гнилицкий К.А.

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»,
г. Москва, Россия*

Введение. Одной из острых проблем в настоящее время является наркомания. В связи с ростом нетипичных остеомиелитов костей лицевого скелета у лиц с наркотической зависимостью от первита и дезоморфина, в статье представлены принципы лечения некрозов костей лицевого скелета у данной категории пациентов.

Цель - описать варианты хирургического лечения некрозов костей лицевого скелета у пациентов, принимающих синтетические наркотические препараты, содержащие красный фосфор.

Объекты и методы. В период с 2007 по 2012 год обследовано 45 наркозависимых пациентов, отмечавших в анамнезе употребление синтетических наркотических препаратов, содержащих красный фосфор – дезоморфин и первитин. Длительность приёма наркотических средств составила от 2 месяцев до 13 лет. При поступлении в клинику всем пациентам произведено клиническое, рентгенологическое, микробиологическое обследование по стандартной схеме (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма исследование крови на RW, HCV, HbS-антиген, ВИЧ-инфекцию, определение группы крови, компьютерная томография и серия рентгенограмм). На основании данных микробиологического исследования, назначалась антибактериальная терапия широкого спектра действия.

Результаты. В связи с длительным обнажением костной ткани челюстей - более 8 недель, упорным гнойным отделяемым с ихорозным запахом, прогрессированием рецессии десны, отсутствием видимых признаков размягчения кости и грануляционной ткани, отсутствием зон демаркации, общим снижением реактивности организма, наличием патологических переломов челюстей пациентам были произведены оперативные вмешательства по типу расширенной некрэктомии – резекции части или тотальные резекции челюстей с одномоментным применением элементов первичной пластики. Для создания будущих топографо-анатомических ориентиров, при резекции нижней челюсти, устанавливался эндопротез из сетчатого никелид-титана. При резекции верхней челюсти, несмотря на наличие гнойного отделяемого проводилось зашивание раны на себя или использовались фасциально-височные лоскуты для устранения дефицита слизистой в комбинации с материалом на основе коллагена – «Коллост».

Заключение. Несмотря на проведенные оперативные вмешательства у части пациентов регистрировалось появление новых зон оголения костной ткани, как в месте резекции, так и в отдаленных участках полости рта. В связи с атипичным протеканием воспалительного процесса в костях лицевого скелета у лиц с наркотической зависимостью, необходимо разработать принципы патогенетической терапии как на этапе подготовки, так и с профилактической целью.

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Погоцкий А.К., Рощина А.Д.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. Несмотря на создание новых методов лечения, в том числе антимикробных препаратов, проблема хирургической инфекции остаётся актуальной, поскольку при гнойно-воспалительных процессах нередко не удаётся достичь быстрого эффекта от терапевтических мероприятий. Создание новых методов лечения невозможно без знания механизмов взаимодействия микроорганизмов с иммунной системой макроорганизма. Тем не менее, некоторые из особенностей патогенеза инфекционного процесса остаются изученными недостаточно [1].

Цель работы - изучить протеолитическую активность иммуноглобулинов у лиц с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Были исследованы БАПНА-амидазная активность поликлональных препаратов иммуноглобулинов класса G, выделенных от пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии в УЗ «Витебская областная клиническая больница». Всем пациентам было проведено комплексное клиническое, инструментальное и лабораторное обследование.

В группу исследования были включены пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, такими как остеомиелит челюстей и остеомиелит, осложнённый флегмоной. Контрольные группы составили пациенты, прооперированные по поводу хирургической патологии не инфекционного генеза без гнойно-воспалительных осложнений (грыжесечения) и здоровые доноры.

Определение БАПНА–амидазной (трипсиноподобной) активности иммуноглобулинов проводили с использованием микрометода, разработанного нами на основе классического метода Эрлангера [2]. В основе метода лежит изменение оптической плотности раствора в связи с образованием нитроанилина при гидролизе субстрата (БАПНА) по амидной (аналог пептидной) связи. Учёт результатов реакции производили на спектрофотометре.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере, используя пакеты прикладных программ: Microsoft Excel 2003, BIOSTAT, Statgraphics Plus, Version 5.1.

Результаты. При исследовании БАПНА-амидазной активности IgG было установлено, что высокий уровень активности наблюдался в группе пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (0,226; 0,149–0,361 пкат), причём у пациентов с остеомиелитом осложнённым флегмонами челюстно-лицевой области уровень активности (0,259 пкат; 0,149–0,38, n=27) был выше, чем у пациентов с остеомиелитом нижней и верхней челюсти (0,149 пкат; 0,138–0,259, n=6), но это отличие не было статистически достоверным. Уровень БАПНА-амидазной активности иммуноглобулинов в группе пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области был достоверно выше, чем в группе хирургических пациентов без инфекционного процесса (0,168; 0,62–0,237 пкат) и в группе здоровых доноров - 0,056; 0,006–0,105 пкат. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1
БАПНА-амидазная активность IgG

Группа	np	Медиана пкат	Процентиль 25-75 пкат	Достоверность отличий
1. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	333	0,226	0,149–0,361	P ₁₋₂ <0,05
2. Пациенты без гнойных процессов	220	0,168	0,062–0,237	
3. Здоровые доноры	116	0,056	0,006–0,105	P ₁₋₃ <0,001

Нам не удалось выявить значимых связей между уровнем БАПНА-амидазной активности иммуноглобулинов и видом микроорганизма, вызвавшего гнойно-воспалительный процесс. Вероятно, это связано с воздействием естественных биоценозов макроорганизма и условно-патогенной флоры. Иммунная система макроорганизма постоянно контактирует с ферментами, синтезируемыми различными микроорганизмами. В этой связи у пациентов, по-видимому, отмечается некий базовый уровень абзимной активности, выступающий в качестве своеобразной маскировки абзимной активности, возникшей под воздействием патогенного микроорганизма. Возможно, определённое

значение играет также тот факт, что в процессе развития инфекционного процесса, особенно при хронизации заболевания, спектр микроорганизмов в гнойном очаге с течением времени меняется, вследствие чего связь уровня БАПНА-амидазной активности иммуноглобулинов с видом обнаруженного микроорганизма может отсутствовать, хотя при выделении первичного возбудителя её, возможно, удалось бы установить.

Заключение. В результате исследования продемонстрировано наличие достоверно повышенного уровня БАПНА-амидазной активности иммуноглобулинов у пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области в сравнении с лицами без гнойных осложнений. Высокий уровень выявлен в группе пациентов с гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области (0,226; 0,149–0,361 пкат, n=33). Наименьшим уровень оказался в группе здоровых доноров (0,056; 0,006–0,105 пкат, n=16). Результаты работы свидетельствуют о повышении протеолитической активности иммуноглобулинов класса G у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Литература.

1. Косинец, А.Н. Инфекция в хирургии: руководство / А.Н. Косинец, Ю.В. Стручков. - Витебск: ВГМУ, 2004. - 510 с.
2. Erlanger, B.F. The preparation and properties of two new chromogenic substrates of trypsin / B.F. Erlanger, N. Kokowsky, W. Cohen // Arch. Biochem. Biophys. – 1961. - Vol. 95. - P. 271-276.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Просычева О.О., Дробышев А.Ю., Воробьев Г.Ф.

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

Введение. Число пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области сохраняется на уровне 35-45% от общего числа пациентов профильных стационаров. Длительный период нетрудоспособности данной группы пациентов является основанием для поиска дополнительных компонентов их реабилитации, совершенствования методов лечения. Особенностью данной формы гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является наличие «причинного» зуба, что определяет видовой пейзаж возбудителей инфекции. Всё большую роль в составе ассоциаций микроорганизмов-возбудителей играет условно патогенная

флора, неспорообразующие анаэробы (*Bacteroidis*), облигатно-анаэробная (*Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*), факультативно-анаэробная (*Actinomyces*, *Corinebacterium*, *Neisseria*, *Enterobacteria*), грибковая (*C.albicans*, *Ahodotorula*) флора (Р.Ф. Астафьева, 2003; В.Н. Царев, 2006). В последнее десятилетие всё большее значение в развитии одонтогенных флегмон приобретает ассоциация грибково-бактериальной флоры (А.А. Бобылев, С.А. Глазеева, 2006; G. Anglesio-Farina, V.M. Crupi, P.G. Fontanini, 1994). Общепринятым считается комплексный подход к лечению данной группы пациентов, включающий первичную хирургическую обработку гнойного очага, общую антибактериальную терапию, местно – перевязки. Возможно проведение физиотерапевтического лечения.

Цель исследования - разработать специализированный антимикробный перевязочный материал и определить оптимальный режим гипербарической оксигенации (ГБО) для пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области для повышения эффективности лечения.

Объекты и методы. 1 этап – разработка антибактериальных перевязочных препаратов: Совместно на базе ЦНИИШП, кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии, ЦС и челюстно-лицевой хирургии разработаны и исследованы антимикробные перевязочные материалы с препаратами: аргенцид-2, фурагин, катамин-АБ. Материалы прошли клинические испытания на токсичность, онкогенность и разрешены для наружного клинического применения. Антимикробная активность образцов перевязочных материалов была изучена *in vitro* диско-диффузионным методом определения чувствительности в агаре (оценка производилась в соответствии с методическими указаниями Минздрава СССР по лабораторной оценке антимикробной активности текстильных материалов, содержащих антимикробные препараты, М.: 1984). Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с вычислением средней, её ошибки ($2 \div 4$ мм), вероятности различий p (достоверная разница $p < 0,05$). Данные с материалом из хлопковой ткани представлены в табл. 1.

При оценке зон торможения роста тест-штаммов микроорганизмов установлено, что антимикробный перевязочный материал с фурагином является эффективным в отношении специфических возбудителей одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний.

2 этап: включение ГБО в комплексное лечение различных заболеваний позволяет ускорить выздоровление пациентов. В стоматологии ГБО применяется более 35 лет (с 1976 года). Ранее для

лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, остеомиелитом челюстей разработаны схемы ГБО-терапии с режимами давления на изопрессии 2.0-3.0 ата при экспозиции 40 минут – 1 час до 10 сеансов. Стимулирование реакций окисления с возникновением гидроксильных радикалов может оказывать повреждающее воздействие на клетки, данные эффекты реализуются при давлении свыше 2 ата и экспозиции 2 часа. Частота кислородного отравления при ГБО по данным Всесоюзной анкеты 1981 года составляет 0,07%. Известно, что при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области выражен коллатеральный отёк мягких тканей, имеется значительный воспалительный инфильтрат, что ведет к окклюзии естественных сообщений воздухоносных полостей с внешней средой и, следовательно, к риску баротравмы среднего уха при ГБО-терапии. В настоящее время отмечено, что необходимые для лечения гнойно-воспалительных заболеваний эффекты ГБО-терапии реализуются при давлении 1,2-1,3 ата, так называемый режим минимизированной ГБО-терапии (мГБО) (М.В. Дубровская, В.Ю. Мануков и др. 2010; К.В. Осташков, В.В. Пенюв, Л.М. Карпов, 2010).

Таблица 1

Оценка антимикробной активности исследуемых препаратов по данным диффузии в агар (зона торможения роста в см)

Штаммы	Фурагин			Аргенцид-2			Катамин-АБ		
	№1	№2	№3	№1	№2	№3	№1	№2	№3
S.epidermidis	1,7±0,2	1,6±0,2	1,8±0,2	1,6±0,2	1,4±0,2	1,5±0,2	-	-	-
Str.sanguis	1,8±0,2	1,7±0,2	1,8±0,2	1,7±0,2	1,5±0,2	1,6±0,2	-	-	-
E.coli	1,5±0,2	1,5±0,2	1,6±0,2	1,2±0,2	1,4±0,2	1,3±0,2	-	-	-
C.albicans	1,3±0,2	1,2±0,2	1,3±0,2	1,3±0,2	1,2±0,2	1,3±0,2	-	-	-

Примечание: № 1 – первое исследование; № 2 – второе исследование; № 3 – третье исследование.

На базе ЦС и ЧЛХ МГМСУ проведено лечение методом гипербарической оксигенации, последующее анкетирование и осмотр оториноларингологом 120 соматически здоровых пациентов с одноклеточными диагнозами «одонтогенная флегмона». Распределение по группам проводилось методом конвертов. Сеансы проводились в барокамерах типа БЛКС 3-01. Оценивалась частота встречаемости нарушения барофункции и/или баротравм различной степени тяжести при заданных величинах избыточного давления по данным анкетирования пациентов. Лечебные сеансы проводились на режимах: длительность изопрессии составляла 40 минут, скорость компрессии и декомпрессии – 0,04 - 0,05 ата/мин, величина давления на изопрессии

1 группа – 2 ата; 2 группа - 1,5-1,6 ата; 3 группа - 1,2-1,3 ата, число сеансов до 10. По данным анкетирования выявлено, что частота встречаемости баротравм составляет: 1 группа - 42,5%; 2 группа – 12,5%; 3 группа – 2,5% ($p < 0,05$). Тяжелых баротравм и/или нарушения барофункции с повреждением барабанной перепонки на заданных величинах давления зарегистрировано не было, патологии со стороны ЛОР-органов выявлено не было. Результаты данных анкетирования представлены в табл. 2.

Таблица 2

Частота встречаемости баротравмы среднего уха при исследуемых режимах давления гипербарического кислорода (число наблюдений)

	Группы исследования		
	1	2	3
Число наблюдений, чел.	17	5	1
Частота встречаемости, %	42,5	12,5	2,5

Примечание: 1 – величина давления на изопрессии 2 ата; 2 - величина давления на изопрессии 1,5-1,6 ата; 3 - величина давления на изопрессии 1,2-1,3 ата.

На основании данных результатов исследования выработан минимизированный режим проведения ГБО-терапии у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Результаты. Разработан эффективный специализированный антимикробный перевязочный материал с фурагином и определён оптимальный режим ГБО-терапии для пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с режимами давления на изопрессии 1,2-1,3 ата при длительности экспозиции 40 минут и скоростью компрессии и декомпрессии – 0,04-0,05 ата/мин, число сеансов до 10.

Литература.

1. Антимикробные материалы в профилактике инфекционных болезней / А.В. Седов [и др.]. – М.: Всероссийский центр медицины катастроф «Защита». – 1998. – 200 с.
2. Гипербарическая медицина: практическое руководство; под ред. Д. Матъе. – М.: БИНОМ, 2009.
3. Куракин, А.В. Применение гипербарической оксигенации в комплексном лечении острых гнойных воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.21 / А.В. Куракин; ММСИ. – М., 1982. – 16 с.
4. Руководство по гипербарической оксигенации (теория и практика практического применения); под ред. С.Н. Ефуни. – М.: «Медицина», 1986.
5. Трансдермальные терапевтические системы доставки лекарственных веществ / А.В. Васильев [и др.]. // Хим.-фарм. журн. – 2001. – Т. 35. - № 11. - С. 29-42.

ПРЕИМУЩЕСТВА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛАЗЕРОФОРЕЗА В ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Рак А.В.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Введение. Лазерофорез лекарственных препаратов, как метод сочетанной физиотерапии позволяет существенно повысить эффективность лечения, в полной мере реализуя эффекты действующего вещества и низкочастотного лазерного излучения. Способ основан на способности фотонов света возбуждать молекулы клеточной мембраны, тем самым, увеличивая её проницаемость (А.А. Миненков, 1988). Лазерофорез успешно применяется в таких отраслях медицины, как косметология, дерматология, офтальмология, ЛОР-болезни, пульмонология, спортивная медицина. В последние годы метод внедряется в стоматологию с целью лечения заболеваний пародонта (В.Ф. Прикулс, 2006), лечения переломов челюстей (Г.С. Хамитова, 2005) и т. д.

Выявленные возможности использования лазерофореза лекарственных веществ открывают новые направления в медикаментозной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Преимущества этого метода заключается в том, что на раневую поверхность и подлежащие инфицированные мягкие ткани действует непосредственно фармакологическое средство, которое под действием низко интенсивного лазерного излучения не изменяет своих свойств, что способствует целенаправленному его введению в очаг воспалительного процесса на определенную глубину. Важным является то, что в зависимости от фазы раневого процесса можно вводить различные медикаменты, обладающие антибактериальным, раноочищающим, метаболическим действиями, что позволяет оптимизировать сроки очищения и репарации раны.

Цель работы – определение преимуществ и перспектив лазерофореза в терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Изучены возможности использования лазерофореза в зависимости от этапа течения гнойной раны. В стадии гидратации в зону воспаления с помощью лазерного излучения вводили антибактериальные препараты (широкого спектра действия), и протеолитические ферменты (химотрипсин). Результаты оценивали бактериологическим, цитологическим, планиметрическим,

термометрическим, биохимическим (молекулы средней массы) методами исследования.

Результаты. В группе пациентов, которым был назначен метод лазерофореза, отмечено раннее очищение раны от гнойно-некротических масс, уменьшение местных воспалительных реакций (гиперемия, отёк, инфильтрацию) уже на 2-е сутки, ускорение её контракции, раннее появление грануляций, эпителизация краев.

Заключение. Таким образом, использование лазерофореза в комплексном лечении гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, является перспективным направлением, требующим дальнейшего исследования, индивидуального выбора лекарственных средств и сроков их использования.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Рузин Г.П., Демяник Д.С., Вакуленко Е.Н., Ткачев О.О.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Острые гнойно-воспалительные процессы (ОГВП) несмотря на наличие в арсенале врача новых методов диагностики и лечения продолжают оставаться актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии. По данным материалов клиники челюстно-лицевой хирургии Харьковского национального медицинского университета острые гнойно-воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области составляют около 24,2% от всех заболеваний, с которыми пациенты находились на лечении в стационаре в течение 2008 и 2009 годов.

С целью оптимизации обследования пациента, прогнозирования течения флегмоны челюстно-лицевой области и профилактики осложнений предложена компьютерная многофакторно-анализирующая программа «Прогноз». Проведен ретроспективный анализ 280 историй болезни пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области, которые находились на лечении в клинике на базе КУОЗ ОКБ «ЦЭМП и МК» с 2006 по 2008 год. К наиболее информативным и достоверным, по нашему мнению, показателям течения ОГВП челюстно-лицевой области были отнесены: возраст пациента, длительность заболевания до госпитализации, распространенность флегмоны (число пространств), локализация флегмоны, состояние полости рта (а именно наличие очагов хронической одонтогенной инфекции), температура тела, наличие

контрактуры, концентрация эритроцитов в крови, концентрация лейкоцитов в крови, количество гемоглобина, скорость оседания эритроцитов, концентрация белка в моче, концентрация лейкоцитов в моче, наличие сопутствующей патологии, дооперационное время.

Интегральные индексы прогнозирования течения одонтогенных флегмон вычислялись с помощью функции желательности Харрингтона по формуле: $D = \sqrt[n]{d_1 \cdot d_2 \cdot \dots \cdot d_n}$. Кроме наглядности в представлении информации она позволяет решать задачу многокритериальной оценки и сравнения тех или иных показателей. Функция желательности позволяет объединить и вывести на основе множества показателей некоторый сводный параметр. Это даёт возможность построения функции желательности – D для каждого из исходных параметров, где 0 и 1 - абсолютно неприемлемое, и идеальное значение. Соответственно, показатели изучаемого параметра будут располагаться в одной плоскости и в зависимости от стремления к нулю или к единице, свидетельствовать о позитивном или негативном прогнозе.

Нулевое значение D может быть только при нулевом значении одной из d. D=1 может быть только при полном благополучии d=1 по всем параметрам. Суть метода функции желательности состоит в изобретении функции, которая отображает реальные значения характеристик системы в параметрах $0 \leq D \leq 1$, которые интерпретируются как желательность, пригодность, оптимальность.

После компьютерной обработки были получены независимые интегральные индексы состояния и в зависимости от результатов пациенты были распределены по следующим группам по прогнозу течения у них заболевания.

Вторым этапом исследования было использование полученной программы в клинике при прогнозировании риска возникновения осложнений.

Заключение. Таким образом, при поступлении пациента в стационар, его обследовании, все необходимые данные вносились в соответствующие графы программы, затем подвергались компьютерной обработке, составлялась карта прогностического риска, на основе которой планировалось и проводилось, лечение, а при необходимости – выполнялась его коррекция. Следовательно, наличие подтвержденных достоверных данных о совпадении прогнозируемого риска в 82% позволило своевременно провести коррекцию лечения, избежать развития осложнений, а также сократить пребывание пациента в стационаре.

ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ СИНУСИТЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Рузин Г.П., Демяник Д.С., Побережник Г.А.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Введение. Одонтогенный синусит (ОС) в последнее время становится все более частой патологией и составляет 21,3% от общего числа гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Хирургический компонент в составе комплексного лечения ОС остаётся актуальным. При этом многие авторы отмечают рост частоты послеоперационных осложнений, составляющих в среднем от 30% до 50% (В.И. Панин, 2000; С.П. Сысолятин и соавт., 2000; А.В. Бускина, В.Х. Гербер, 2000; L. Holzapfel, 1999). Для разработки профилактических и лечебных мероприятий и уточнения причин возникших осложнений необходимо изучить характер и сроки возникших осложнений, для этого наиболее целесообразно является проведение ретроспективного мониторинга.

Цель работы - изучить характер отдалённых осложнений гайморитомии в зависимости от сроков, прошедших после операции.

Объекты и методы. Была разработана и разослана анкета, которая включала оценку давности заболевания, основные проявления, непосредственные и отдалённые результаты. Обратная связь осуществилась с 210 пациентами, что составило 70% от разосланных анкет. Они были прооперированы по поводу хронического ОС в период с 2006 года до настоящего момента. Таким образом, оценивались результаты на протяжении 5 лет. В зависимости от причины, которая вызвала одонтогенный синусит, пациенты были разделены на 6 групп: 1) одонтогенные кисты – 43 пациента; 2) нагноение одонтогенной кисты – 35 пациентов; 3) разные формы периодонтитов – 73 пациента; 4) инородное тело – 28 пациентов; 5) перфорация и свищ пазухи – 21 пациент; 6) не выявленная причина – 10 пациентов.

Последняя группа состояла из лиц, у которых зубы были удалены до обращения в клинику, и выяснения характера патологии околокорневых тканей вызывало затруднения, а так же пациенты, у которых выявить конкретные причины развития одонтогенного синусита не представлялось возможным.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют, что в зависимости от причины пациенты могут жаловаться: при кистозных процессах, ставших причиной одонтогенного синусита на реакцию при

температурных раздражителях, чувство тяжести и повторное оперативное вмешательство. Чаще данные осложнения могут развиваться через 3 года после лечения.

Нагноение одонтогенной кисты вызывало последующие жалобы: выделения из носа и реакцию на температурные раздражители, в некоторых наблюдениях повторное оперативное и медикаментозное лечение.

Разные формы периодонтитов давали осложнения в виде образования свищевых ходов, чувство тяжести и приводили к повторному медикаментозному лечению. Редко отмечались: реакция на температурные раздражители и повторное оперативное вмешательство. Инородное тело вызывало иррадиацию болей по ходу ветвей тройничного нерва, чувство тяжести. Иногда повторное оперативное и медикаментозное лечение.

Перфорация приводила к повторной радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. Не выявленная причина одонтогенного синусита характеризовалась последующими осложнениями: чувство тяжести, реакция на температурные раздражители, иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва.

Через 1 месяц пациенты жаловались на выделения из носа, чувство тяжести, чаще жалобы и осложнения присутствовали при перфорации, явившейся причиной одонтогенного синусита. Через 6 месяцев пациенты жаловались на чувство тяжести и более частой причиной вызвавшей синусит констатировались кистозные процессы. Через год чувство тяжести и реакция на температурные раздражители, образование свища выходит на первый план из общего перечня осложнений. Причиной одонтогенного синусита становятся разные формы периодонтита. В период от года до 3-х лет присутствовали жалобы на температурные раздражители и повторное оперативное и медикаментозное лечение, причиной которого становилось нагноение одонтогенной кисты.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод, что при мониторинге ближайших и отдаленных результатах лечение чаще всего имеет следующий характер: 1) выделение, чувство тяжести, реакция на температурные раздражители, рецидив перфорации с образованием свища; 2) от одного года до 3-х лет – реакция на температурные раздражители, повторное оперативное вмешательство, повторное медикаментозное лечение. На основании проведенных исследований имеются основания заключить, что усовершенствование оперативного вмешательства, методов профилактики осложнений является целью наших дальнейших исследований.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ НА ФОНЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Саберов Р.З., Дробышев А.Ю.

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

Введение. Остеомиелит челюстей и его клинические проявления достаточно хорошо изучены и описаны в специальной литературе как отечественными, так и зарубежными авторами и известны для каждого врача-стоматолога. Но чтобы некроз кости мог возникнуть на фоне приема наркотических препаратов и вызывать тяжелейшую патологию костной ткани - это ставит в затруднение даже врачей с многолетним опытом.

На данный момент наиболее острой проблемой современности не только с медицинской, но и с морально-этической и юридической точек зрения является наркомания, приобретающая в последнее десятилетие характер эпидемии.

Целью исследования - является показать возможности комбинированного лечения пациентов с остеонекрозами челюстей, продемонстрировать основные принципы комплексного обследования и планирования лечения данной категории пациентов.

Объекты и методы. В период с октября 2009 года по январь 2012 года проведено лечение 19 наркозависимых пациентов в возрасте от 23 до 35 лет (от активных потребителей наркотиков до пациентов с ремиссией различной длительности). Данные пациенты от 1 до 3 лет употребляли дезоморфин. У одного пациента выявлена ВИЧ-инфекция, у всех других вирусные гепатиты В и С. Из пролеченных пациентов остеонекроз чаще был констатирован: на нижней челюсти - 11 человек, на верхней и нижней челюстях - 6 человек, только на верхней - 1 человек. Особенностью течения заболевания является то, что пусковым механизмом для развития некроза челюстей была выявлена одонтогенная причина – во всех наблюдениях простое удаление «проблемного» зуба - у 18 пациентов. В послеоперационном периоде развивался альвеолит, лунка удалённого зуба не эпителизировалась, участок обнажённой кости при этом увеличивался. В результате появилась клиника некроза, который постепенно, несмотря на проводимое лечение, распространялся на всю челюсть. Была использована схема медикаментозной терапии, которая предусматривала назначение иммуномодуляторов, антибиотиков широкого спектра действия, проведение дезинтоксикационной и симптоматической

терапии, физиолечение и гипербарической оксигенации (ГБО). На основании результатов комплексного обследования пациентов проводилось хирургическое лечение в объёме: секвестрэктомия или некрэктомия, в ряде наблюдений – резекция челюсти в пределах здоровых тканей.

Заключение. Таким образом, результаты комплексного подхода к лечению пациентов с остеонекрозом челюстей на фоне приёма наркотических препаратов, дают основания сделать вывод, что необходима комплексная терапия с полным обследованием иммунного статуса и иммунокоррекцией. Немаловажным фактором в реабилитации данной категории пациентов является успешное лечение наркомании в комплексе с психологической и социальной реабилитацией.

Литература.

1. Безруков, В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робустова. - М.: «Медицина», 2000. - С. 220-243.
2. Муковозов, И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области и шеи / И.Н. Муковозов. - М., 2001. - 224 с.
3. Нектаревская, И.Б. Иммунокоррекция в комплексном лечении больных хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / И.Б. Нектаревская; ВГМУ. Воронеж, 2001. -18 с.
4. Рябухина, Н.А. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия / Н.А. Рябухина, А.П. Аржанцева. - М., 2002. - 162 с.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ГНОЙНЫХ ОТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Устинович К.Н., Пусева Я.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Проблема острого среднего гнойного отита у новорожденных и детей раннего возраста в настоящее время имеет исключительно большое значение ввиду сохраняющейся высокой частоты данной патологии во всех странах мира.

В возрасте до года каждый второй ребенок переносит хотя бы один эпизод отита, а к трём годам им переболевает до 90% младенцев. Частота рецидивов заболевания достигает 30-40%. Это объясняется целым рядом анатомических особенностей детского уха, особенностями иммунного ответа у детей раннего возраста, характером и режимом питания данной возрастной группы, а также часто встречающимися у них нарушениями носового дыхания различного генеза. Отличительной клинической особенностью этого заболевания в настоящее время является менее острое начало и вялое течение,

а в раннем детском возрасте – склонность к рецидивам и осложнениям [2, 3].

Для успешного лечения отита необходимо иметь достоверную информацию о его этиологии. Уточнение спектра возбудителей неонатальных отитов и их чувствительности к антибактериальным препаратам требует непрерывного динамического мониторинга, так как микробный пейзаж, по данным различных авторов, противоречив [2, 4], а широкое использование антибиотиков приводит к неуклонному росту резистентности к ним многих микроорганизмов [1, 4].

Цель исследования - охарактеризовать этиологическую структуру острых гнойных средних отитов у новорожденных и детей первых месяцев жизни и на основании полученных данных определить пути оптимизации антибактериальной терапии.

Объекты и методы. Проведен анализ 85 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в инфекционных отделениях для новорожденных детей № 1 и № 2 УЗ «3-я детская городская клиническая больница» г. Минска в 2007–2011 годах с диагнозом: острый средний гнойный отит. Средний возраст пациентов к моменту заболевания составил 30 дней. У всех детей был отоскопически диагностирован гнойный средний отит, из них у 60(71%) младенцев - односторонний, и у 25(29,4%) – двухсторонний. Парацентез был проведен в 16(18,8%) наблюдений, спонтанная перфорация барабанной перепонки отмечалась у 67(78,8%) пациентов.

Односторонний острый средний гнойный отит сочетался с катаральным воспалением второго уха у 29(34%) детей.

Наружный гнойный отит выявили у 14(16,5%) пациентов, при этом воспаление затрагивало среднее ухо по данным отоскопии в 100%.

Отиты развивались чаще всего на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ) (в 100% наблюдений), сочетались с пневмонией у 7(8,2%) детей.

Результаты. При бактериологическом исследовании содержимого среднего уха и наружного слухового прохода рост микрофлоры наблюдался в 85% наблюдений. Частота выделения различных видов микроорганизмов представлена в табл. 1. Как видно из представленных результатов, один возбудитель выделялся у 46(54,1%) детей, в 26(30,6%) х обнаружались ассоциации микроорганизмов. Первое место по частоте выделения занимает *Ps. aeruginosa*, которая высевалась в 35,3% наблюдений, на 2-м месте находится *St. epidermidis* (26%). *St. aureus* выделялся у 17,6% детей и *Str. pneumonia* – у 10 (11,8%) пациентов. Таким образом, наиболее частыми возбудителями острых средних гнойных отитов новорожденных и детей раннего возраста явились

следующие микроорганизмы: *Ps. aeruginosa*, *St. epidermidis*, *St. aureus*, *Str. pneumonia*.

Таблица 1
Вид микроорганизмов отделяемого среднего уха

Вид микроорганизмов	Число штаммов	
	Абс. число	%
Моновозбудители		
<i>Ps. aeruginosa</i>	24	28,2
<i>St. epidermidis</i>	8	9,4
<i>St. aureus</i>	8	9,4
<i>Str. pneumonia</i>	4	4,7
<i>St. haemolyticus</i>	1	1,2
<i>St. saprophyticus</i>	1	1,2
Ассоциации возбудителей		
<i>St. epidermidis</i> + <i>Ps. aeruginosa</i>	4	4,7
<i>St. epidermidis</i> + <i>Str. pneumonia</i>	3	3,5
<i>St. aureus</i> + <i>Str. pyogenes</i>	3	3,5
<i>St. epidermidis</i> + <i>Str. pyogenes</i>	1	1,2
<i>Str. pyogenes</i> + <i>E. coli</i>	1	1,2
<i>St. epidermidis</i> + <i>Str. pneumonia</i> + <i>St. aureus</i>	1	1,2
<i>St. aureus</i> + <i>enterobacter</i>	1	1,2
<i>St. aureus</i> + <i>St. epidermidis</i>	1	1,2
<i>Ps. aeruginosa</i> + <i>Klebsiella</i>	1	1,2
<i>St. haemolyticus</i> + <i>St. epidermidis</i>	1	1,2
<i>St. epidermidis</i> + <i>Corynebacter spp.</i>	1	1,2
<i>Ps. aeruginosa</i> + <i>Enterobacter</i>	1	1,2
<i>St. epidermidis</i> + <i>Corynebacter spp.</i> + <i>E. coli</i>	1	1,2
<i>Acinetobacter baumannii</i> + <i>St. epidermidis</i>	1	1,2
<i>Corynebacter spp.</i> + <i>E. coli</i> + <i>Str. pneumonia</i>	1	1,2
<i>H. influenza</i> + <i>Str. pneumonia</i> + <i>St. aureus</i>	1	1,2
Роста нет	13	15,3

Таблица 2
Распределение штаммов *Ps. aeruginosa* по чувствительности к антибиотикам

Антибиотики	Число изученных штаммов	Чувствительные		Резистентные	
		Абс.	%	Абс.	%
Карбенициллин	12	9	75	3	25
Пиперациллин	18	11	61,1	7	38,9
Оксациллин	3	-	-	3	100
Ампициллин-сульбактам	12	-	-	12	100
Амикацин	22	22	100	-	-
Тобрамицин	11	11	100	-	-
Гентамицин	8	7	87,5	1	12,5
Цефтазидим	22	11	50	11	50
Цефепим	21	10	47,6	11	52,4
Меропенем	9	9	100	-	-
Имипенем	19	12	63,2	7	36,8
Ципрофлоксацин	24	24	100	-	-
Полимиксин В	12	11	91,7	1	8,3
Клиндамицин	1	1	100	-	-
Ко-тримаксазол	8	-	-	8	100
Нитрофурантоин	4	-	-	4	100

Также была проанализирована чувствительность и резистентность доминирующего в этиологической структуре возбудителя к антибиотикам. Было исследовано 24 штамма микроорганизмов *Ps.aeruginosa* (табл. 2). По результатам исследования все штаммы *Ps. aeruginosa* были чувствительны к амикацину, тобрамицину, меропенему, ципрофлоксацину, клиндамицину и резистентны к оксациллину, ампициллину-сульбактаму, ко-тримаксазолу, нитрофурантоину.

Заключение. В этиологической структуре острого гнойного среднего отита у новорожденных и детей раннего возраста ведущее место принадлежит *Ps.aeruginosa*, 2-е место по частоте выделения занимает *St. epidermidis*, реже выявляются *St. aureus* и *Str. pneumonia*. Клинической особенностью отитов, вызванных *Ps.aeruginosa* является сочетание их с наружным отитом почти в половине случаев. Учитывая доминирование *Ps.aeruginosa* в структуре возбудителей воспаления уха у новорожденных, при сочетании острого среднего отита с наружным отитом предпочтение следует отдавать антисинегнойным антибактериальным препаратам.

Литература.

1. Антибактериальная терапия воспаления среднего уха в детском возрасте / Г.Д. Тарасова [и др.]. // Вест оториноларингол. - 1997. - № 6 – С. 12-13.
2. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / Г.А. Самсыгина [и др.]. – М: «Миклош», 2008. – 256 с.
3. Каманин, Е.И. Острый средний отит у детей: клиническое значение и антибактериальная терапия / Е.И. Каманин, О.А. Егорова // Клиническая антимикробная химиотерапия. - 2000.- № 2. - С. 57-62.
4. Мусина, Л.Т. Микробиологический мониторинг за внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями у новорожденных и родильниц / Л.Т. Мусина, Н.А. Семина, К.К. Гладкова // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - 1996. - № 2. – С. 91-94.

ПРИМЕНЕНИЕ УГЛЕКИСЛОГО И ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Хурхуров Б.Р., Тарасенко С.В., Царев В.Н., Савченко З.И.,
Евстифеева О.В., Сороченко Ю.Ю.**

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

Введение. Одной из самых актуальных проблем в стоматологии остается лечение пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Это обусловлено увеличением числа лиц

с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области – они составляют до 60% от общего числа пациентов, обращающихся в стоматологические поликлиники и стационары.

Цель работы - повышение эффективности хирургического лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями путём применения лазерных технологий и методов микробиологического и иммунологического мониторинга. Оценка влияния излучения эрбиевого и углекислого лазеров на механизмы иммунной защиты в полости рта при хирургическом лечении лиц с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Было проведено лечение 60 пациентов с данной патологией, из них традиционное лечение применяли у 15 человек, с использованием эрбиевого лазера – 25 пациентов и углекислого лазера – 20 пациентов. При лазерных операциях применялся стоматологический лазер системы OpusDuo Aqualite ES.

Бактериологическое исследование проводили с применением техники анаэробного культивирования.

Местный иммунитет в полости рта изучали по уровням S-IgA, IgA, IgG в ротовой жидкости, фагоцитарной функции нейтрофилов в смывах из полости рта с определением фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа, а также по взаимосвязям между секреторными, гуморальными и клеточными факторам местной защиты.

Результаты. У пациентов отмечали снижение болевой реакции, уменьшение послеоперационного коллатерального отёка, что обеспечивало сокращение сроков заживления. Ускорялись процессы регенерации. Воспалительные явления стихали быстрее. По данным рентгенологического исследования в послеоперационной области (при хроническом одонтогенном остеомиелите) определялось формирование костных балок в более ранние сроки, чем при традиционном лечении.

После применения углекислого и эрбиевого лазеров для лечения в области операционного поля наблюдалось снижение микробной обсеменённости представителями вирулентной и резидентной флоры, как непосредственно после операции, так и на 3-и сутки послеоперационного периода, что принципиально отличало лазерные технологии от традиционного хирургического выполнения операций. В дальнейшем микробная обсеменённость продолжала статистически достоверно снижаться. Количественные параметры микробной обсеменённости свидетельствовали о низком риске развития инфекционных осложнений во все рассматриваемые сроки послеоперационного периода. Было выявлено, что традиционное хирургическое лечение пациентов не восстанавливает секреторные,

гуморальные, клеточные механизмы местной защиты и взаимосвязи между ними.

Применение эрбиевого лазера нормализует секреторные, гуморальные и клеточные факторы местной защиты.

Применение углекислого лазера способствует повышению фагоцитарной функции нейтрофилов и полностью восстанавливает взаимосвязи между клеточными и гуморальными звеньями иммунитета.

Популяционный состав лейкоцитов в периферической крови при использовании лазерных технологий указывает на отсутствие воспаления, интоксикации и иммунодефицита.

Заключение. Таким образом, лазерное излучение оказывает благоприятное воздействие на регенерацию и купирование воспалительного процесса, ускоряет процесс санации послеоперационной раны от микроорганизмов, способствует её заживлению, снижая риск возникновения вторичной инфекции и развития осложнений. Применение эрбиевого и углекислого лазеров у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области обеспечивает нормализацию секреторных, гуморальных и клеточных механизмов защиты в полости рта.

Литература.

1. Иммунный статус в полости рта / Т.Г. Робустова [и др.]. - М., 1990. - 28 с.
2. Рейханьян, А. Стоматологические операции, проводимые с помощью эрбиевого (Er:YAG), углекислого и диодного лазеров / А. Рейханьян // Dental Market. - 2005. - № 4. - С. 10-17.
3. Тарасенко, С.В. Клиническая эффективность хирургических лазерных технологий в пародонтологии / С.В. Тарасенко, Н.М. Лазарихина, И.В. Тарасенко // Cathedra. - 2007. - Т.6. - № 3. - С. 60-63.
4. Толстых, А.В. Применение эрбиевого лазера для хирургического лечения радикулярных кист челюсти: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / А.В. Толстых; Московский государственный медико-стоматологический университет. - М., 2009. - 18 с.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ОККЛЮЗИИ И ПАТОЛОГИЕЙ ВНЧС

НАПРЯЖЁННО-ДЕФОРМИРОВАННОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С МОДЕЛЬЮ РАСЩЕЛИНЫ НЕБА ПРИ БЫСТРОМ ЕЁ РАСШИРЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОТОМИИ

Доста А.Н., Гричанюк Д.А., Козел О.А., Вешнякова Е.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

УЗ «Минская областная детская клиническая больница»,

г. Минск, Беларусь

Введение. Впервые хирургическая подготовка к быстрому расширению верхней челюсти была описана в 1938 году – Brown. Перед быстрым расширением проводил срединную остеотомию верхней челюсти. В первой половине XX века ортогнатическая хирургия не была широко распространена, позже улучшение контроля над инфекциями позволило увеличить количество хирургических вмешательств при скелетных деформациях на верхней и нижней челюстях. С начала XX века были разработаны различные методы хирургической подготовки верхней челюсти к быстрому расширению. С одной стороны, это были более инвазивные методики с максимальной мобильностью половин верхней челюсти для коррекции значительного сужения верхней челюсти с меньшими усилиями, но с более вероятными осложнениями. С другой стороны, менее инвазивные хирургические методы, с менее вероятными осложнениями, но с более частыми рецидивами, периодонтальными проблемами и переломами альвеолярного отростка. Остеотомия или компактостеотомия направлены на уменьшение сопротивления костей лицевого скелета действию ортодонтической аппаратуры в местах повышенной резистентности костной ткани у взрослых пациентов. Описанные в специальной литературе осложнения, связанные с подготовительными операциями на верхней челюсти перед быстрым её расширением, включают: выраженное кровотечение, истончение десны, резорбцию корней, повреждение ветвей верхнечелюстного нерва, гибель пульпы зубов, периодонтальные проблемы, вывихивание опорных зубов, синуситы, асимметричное расширение, отклонение носовой перегородки и рецидив деформации. Факты выраженного асептического некроза слизистой неба были описаны при применении аппарата Хааса. Отражены некоторые редкие осложнения, включающие орбитальный компартмент-синдром, приводящий к постоянной полной слепоте, двусторонняя анестезия языка и кисты носонебного канала, угрожающие жизни кровотечения,

требующие дополнительного пребывания в больнице, инсульты, переломы основания черепа с обратимым парезом глазодвигательного нерва. Часть указанных выше осложнений связана с компрессией сосудов и нервов при быстром расширении верхней челюсти, часть с микрофрактурами костных структур черепа.

Целью данной работы было исследование напряженно-деформированного состояния средней зоны лица и основания черепа при быстром расширении верхней челюсти с расщелиной нёба с использованием различных видов остеотомий.

Объекты и методы. Для исследования использовали трупный череп взрослого человека с моделью расщелины неба. Поочередно исследовали интактный череп и 3 модели черепа с различными видами остеотомии, проводили быстрое расширение верхней челюсти на 5 мм несъёмным ортодонтическим аппаратом с винтом HYRAX.

На трупный череп наклеивали по пять тензорезисторов LY41-3/120 производства фирмы НВМ (Германия). Тарирование, запись и обработка полученных данных производилась с помощью многоканальной измерительной системы Spider8 и программного обеспечения Catman 4.5 производства фирмы НВМ (Германия). Сравнивали напряженно-деформированное состояние структур средней зоны лица и основания черепа

Результаты. Применение тензометрических методов, основанных на изменении сопротивления резистора при изменении его длины, является весьма перспективным, поскольку в этой ситуации не предъявляются особые требования к материалу, исполнению образца и условиям проведения эксперимента. Этот метод позволяет с высокой точностью определить перемещения и напряжения, возникающие в объекте со сложной формы поверхности под действием внешних сил. Было установлено пропорциональное уменьшение напряженно-деформированного состояния всех изучаемых костных структур с увеличением объёма остеотомии, однако отделение крыловидного отростка клиновидной кости не оказывает значительного влияния на напряженно-деформированное состояние верхней челюсти с моделью расщелины нёба при быстром расширении верхней челюсти.

Заключение. Как любое хирургическое вмешательство, остеотомии или компактоosteотомия небезопасны, и только тщательное планирование и выполнение лечения гарантируют удовлетворительный результат.

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО МАССАЖА И МИОТЕРАПИИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Казакова Ю.М., Демидова А.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) - группа внесуставных заболеваний, сопровождающаяся нарушением координированной работы мышц челюстно-лицевой области и элементов сустава, но с отсутствием в нём морфологических изменений. Распространенность данной патологии среди студентов УО «Белорусский государственный медицинский университет» (УО БГМУ) в возрасте 19-22 лет очень велика и составляет более 65% [1], что диктует необходимость поиска и широкого применения эффективных простых и безопасных методов лечения данного заболевания.

Функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области имеет большое значение в этиологии и патогенезе синдрома дисфункции ВНЧС. На современном этапе лечебный массаж и миотерапия являются одним из методов устранения данной патологии и применяются как часть комплексного лечения заболеваний челюстно-лицевой области [2].

Цель исследования - оценить непосредственную эффективность применения лечебного массажа и миотерапии при лечении дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и определить отдалённые результаты лечения (через год).

Объекты и методы. В исследовании участвовала группа студентов УО БГМУ, включавшая 15 человек с признаками дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, которые были разделены на 3 группы в зависимости от степени выраженности клинических проявлений заболевания: 1 группа - лица, у которых выявлены хруст и щелчки; 2 группа - пациенты, у которых определялись хруст и щелчки в сочетании с патологией прикуса; 3 группа – молодые люди, у которых констатировалось S-образная траектория движения нижней челюсти с латерализацией.

Лечебный массаж и миотерапия выполнялись пациентами регулярно в течение одного месяца по 5-10 минут 2-3 раза в день. Клиническое обследование проводилось до, непосредственно после окончания курса лечения и через год после проведения процедур.

Результаты. Положительная динамика выраженности хруста и щелчков непосредственно после проведения курса

миотерапии и лечебного массажа составила: в 1-й группе - 75%, во 2-й группе - 66,7%, в 3-й группе - 60%. Через год результат оставался стабильным у 50% пациентов 1 и 2 группы, и у 20% - 3 группы. При обследовании 3 группы было установлено, что непосредственно после лечения в 100% наблюдений S-образная траектория при движении нижней челюсти с латерализацией уменьшилось. Причём у 80% обследуемых латеральное смещение сократилось на половину и более. Достигнутый результат остался стабильным у 80% пациентов через год после лечения.

Заключение. Непосредственный и отдаленный положительный результат лечебного массажа и миотерапии при лечении дисфункции ВНЧС был наиболее выражен у пациентов 1 и 2 клинических групп. Наличие S-образной траектории движения нижней челюсти и патологии прикуса снижают эффективность лечения. Все указанное выше определяет необходимость проведения дальнейших исследований в данном направлении с целью оптимизации схем диагностики, профилактики и лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Литература.

1. Казакова, Ю.М. Распространённость патологии височно-нижнечелюстного сустава у лиц молодого возраста / Ю.М. Казакова, А.А. Демидова // Сб. тр., посвящ. 50-летию стоматолог. факультета БГМУ; под ред. И. О. Походенько-Чудаковой. – Минск, 2010. – С. 303-305.
2. Хорошилкина, Ф.Я. Миотерапия. В кн.: Руководство по ортодонтии. – М., 1999. – С. 615–616.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МЕИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ СУЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**Клипа И.А., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С.,
Козлова А.В., Водахова А.А.**

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

Введение. В последнее время многими авторами отмечается рост обращаемости пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии за медицинской помощью, что можно объяснить внедрением в стоматологическую практику новейших технологий, а также ростом требований к внешнему виду человека. По мнению различных авторов, комплексное ортодонтико-хирургическое лечение данной категории пациентов позволяет достичь оптимальных функциональных и эстетических результатов. Мезиальная окклюзия зубных рядов

достаточно часто сопровождается сужением верхней челюсти, которое не устраняется самостоятельно, а требует ортодонтической и хирургической коррекции.

Цель исследования - разработать алгоритм диагностики и комплексного лечения пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии, сопровождающейся сужением верхней челюсти.

Объекты и методы. С 2007 по 2012 год проведено комплексное обследование и лечение 51 пациента в возрасте от 17 до 35 лет с гнатической формой мезиальной окклюзии, сопровождающейся сужением верхней челюсти. Разработан следующий алгоритм диагностики и комплексного ортодонтико-хирургического лечения данной категории пациентов: 1) клиническое обследование; 2) дополнительные методы обследования: лучевые методы диагностики (компьютерная томография челюстно-лицевой области, телерентгенограммы в прямой и боковой проекциях, ортопантограммы); антропометрический анализ гипсовых моделей челюстей, электроодонтодиагностика зубов верхней челюсти от зуба 1.5 до зуба 2.5; 3) расширение верхней челюсти. Аппарат Норда изготавливается и фиксируется ортодонтом в предоперационном периоде. Нёбный distractionный аппарат устанавливается непосредственно в момент операции: остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I и срединному нёбному шву 4) послеоперационное ведение пациента, активация аппарата до достижения размеров верхней челюсти по трансверсали, близких к норме для данного пациента; 5) предоперационная ортодонтическая подготовка к ортогнатической операции; 6) ортогнатическая операция: остеотомия верхней челюсти по Ле Фор I, двусторонняя скользящая межкортикальная остеотомия нижней челюсти. По показаниям: гениопластика, септоринопластика, остеотомия скуловых костей, липосакция подподбородочной и подчелюстных областей; 7) послеоперационное ортодонтическое лечение; 8) ретенционный период.

Результаты. Срок от начала и до окончания расширения верхней челюсти до нужных размеров, а также последующего ретенционного периода составил в среднем 1 год. Исследования показали, что после операции «быстрого нёбного расширения» трансверсальные размеры верхней челюсти увеличились от 3 мм до 8 мм, по показаниям. Это привело к правильным межчелюстным взаимоотношениям по трансверсали. Плотность костной ткани при расширении верхней челюсти до 4-мм составляет от 420 до 890 HU (D2–D3). При расширении верхней челюсти от 4х до 8 мм – от 320 до 614 HU (D3–D4), что позволяет приступить ко второму этапу хирургического лечения

в первой ситуации. При расширении верхней челюсти до 8 мм второй этап рекомендуется отложить ещё на полгода.

Заключение. Проведение хирургического нёбного расширения перед ортодонтическим лечением и ортогнатической хирургией в комплексном лечении пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии, сопровождающейся сужением верхней челюсти, является залогом полной стабильности расширения и значительно облегчает дальнейшие этапы комбинированного лечения.

Литература.

1. Дробышев, А.Ю. Основы ортогнатической хирургии / А.Ю. Дробышев, Анастасов Г. – М.: «Печатный город», 2007. – 55 с.
2. Matteini, C. Posterior transpalatal distraction with pterygoid disjunction: a short-term model study / C. Matteini, M.Y. Mommaerts // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2001. – Vol. 120. - № 5. – P. 498-502.
3. Mommaerts M.Y. Transpalatal distraction as a method of maxillary expansion / M.Y. Mommaerts // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. – 1999. – Vol. 37. - № 4. – P. 268-272.
4. Immediate postexpansion changes following the use of the transpalatal distractor /P.X. Pinto [et al.]. // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2001. – Vol. 59. - № 9. – P. 994-1000.
5. Surgical and orthodontic rapid palatal expansion in adults using Glassman's technique: retrospective study / R. Schimming [et al.]. // Br. J. Oral and Maxillofac. Surg. – 2000. Vol. 38. - P. 66-69.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЗОРБИРУЕМОЙ СИСТЕМЫ
ПЛАСТИН И ПИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ
И ДЕФОРМАЦИЯМИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА
Кобзева И.В., Дубина Л.Х., Дробышев А.Ю., Давыдов Д.В.**

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

Введение. В настоящее время частота травматических повреждений костей лицевого скелета не имеет тенденции к снижению. Рост травматизма, отмечающийся в настоящее время, отражается и на росте частоты сочетанных черепно-мозговых травм, в первую очередь - черепно-лицевых. Лечение пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями костей лицевого скелета является актуальной проблемой в челюстно-лицевой хирургии, выполнение реконструктивно-восстановительных операций у таких пациентов представляется довольно сложной задачей. В концепцию современного остеосинтеза входит принцип максимально стабильного соединения костных фрагментов с достижением наиболее плотного контакта между ними и необходимой компрессией для исключения непредсказуемого развития процесса репаративной регенерации. Требования

к имплантатам, используемым в клинической практике, остаются прежние: они должны быть совместимы с окружающими тканями и обладать физико-механическими свойствами, необходимыми для выполнения заданной функции.

Цель исследования - оценить эффективность применения ультразвуковой резорбируемой системы SonicWeld Rx компании «KLS Martin» при остеосинтезе у пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями костей лицевого скелета.

Объекты и методы. В нашем исследовании мы применили вышеуказанную ультразвуковую резорбируемую систему пластин и пинов SonicWeld Rx для остеосинтеза костей лицевого скелета. Пластины и пины состоят из полимера молочной кислоты (PDLLA), данный материал характеризуется высокой биологической совместимостью и достоверными показателями биодegradации. Наше исследование основано на обследовании пациентов, результатах оперативного лечения, послеоперационного ведения пациентов и рентгенологического контроля спустя 2 суток, 3мес, 6мес, 12мес и 24мес после оперативного вмешательства. Все пациенты находились на лечении в условиях стационара Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета в период с февраля 2009 по декабрь 2011г. с посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Всего были обследованы и прооперированы 41 пациент, из которых с деформациями и дефектами стенок и дна орбиты различной протяженности – 26 человек, с дефектами и деформациями передней стенки верхнечелюстного синуса - 3 человека, с дефектами лобной кости - 4 человека, с дефектами альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти различной локализации – 8 человек. Всем пациентам были выполнены реконструктивные операции с применением указанной ультразвуковой резорбируемой системы фиксации. Во время операции репонированные костные фрагменты, костные аутоотрасплататы (со свода черепа, подбородочной области, ветви нижней челюсти), а также индивидуально изготовленные силиконовые имплантаты фиксировались не традиционными методами фиксации, а с помощью резорбируемых пластин и пинов. В настоящее время уже получены отдаленные результаты по применению ультразвуковой резорбируемой системы пластин и пинов Sonic Weld Rx компании «KLS Martin».

Результаты. У всех пациентов при контрольном рентгенологическом обследовании отмечается стабильное положение

аутотрансплантатов, что обеспечивает хороший эстетический результат. Стабильность фиксации ничем не уступает по качеству в сравнении с традиционными методами. В динамике отмечалась резорбция пластин в сроки от 9 до 18 месяцев. Использование резорбируемой системы положительно характеризуется простотой использования, сокращением продолжительности оперативного вмешательства, отсутствием осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах, пластины не контурируются и, как следствие, не требуется повторной операции, не происходит резорбции костной ткани, как при использовании титановых конструкций (остеопороз в зоне фиксации пластин шурупами).

Заключение. Таким образом, резорбируемая система пластин и пинов SonicWeld Rx компании «KLS Martin» позволяет достичь хороших эстетических и функциональных результатов при остеосинтезе у пациентов с посттравматическими деформациями и дефектами костей лицевого скелета, в связи с чем будет продолжено её применение у данной категории пациентов.

Литература.

1. Караян, А.С. Одномоментное устранение посттравматических дефектов и деформаций скулоносоглазничного комплекса: автореф. дис. ... д-р. мед. наук: 14.00.21 / А.С. Караян; ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Росздрав». - 2008. - 15 с.
2. A new system of resorbable rigid three-dimensional fixation using ultrasound (Sonic Weld Rx+Sonic Pins Rx) adopted in craniofacial traumatology: the author's experience / M.G. Cristofaro [et al.]. // It. J. Maxillofac. Surg. - 2009. - Vol. 20. - P. 47-53.
3. Sonic weld in cases of dislocated high condyle fractures / W. Kaduk [et al.]. // J. of Cranio-Maxillofac. Surg. - 2008. - Vol. 36. - P. 116.

ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

**Козлова А.В., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С., Куракин К.А.,
Водахова А.А., Клипа И.А.**

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

Введение. Распространённость мезиальной окклюзии зубных рядов в Российской Федерации по данным различных авторов составляет от 1 до 30%. Эстетические, функциональные и морфологические нарушения челюстно-лицевой области, характерные для неё, вызывают значительное снижение качества жизни данной категории пациентов.

Вопросами планирования комплексного лечения пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии занималось большое число врачей-ортодонтотв и челюстно-лицевых хирургов [1, 2, 3, 4].

В значительном количестве публикаций отмечены ограничения ортодонтического лечения пациентов с данной патологией. В частности, оно является безуспешным после окончания роста лицевого скелета, попытки компенсации приводят к рецидиву аномалии. Поэтому в данной ситуации лечение должно носить комплексный характер. Планирование комплексного лечения проводится при совместной работе челюстно-лицевого хирурга, врача-ортодонта, врача-ортопеда, отоларинголога, логопеда. Главными задачами ортогнатической хирургии являются коррекция скелетной деформации и окклюзии зубов, а также достижение лицевой гармонии [2]. Изолированные деформации одной челюсти встречаются крайне редко, поэтому, по мнению ряда авторов, предпочтительно проводить операции одновременно на обеих челюстях. Таким образом, двучелюстные операции позволяют достичь хорошего функционального и эстетического результата [1, 2, 3].

Цель исследования - усовершенствовать методику планирования хирургического лечения пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии.

Объекты и методы. За период с 2007 по 2012 год было проведено комплексное лечение 176 взрослых пациентов в возрасте от 17 до 55 лет с гнатической формой мезиальной окклюзии. Пациенты обследованы челюстно-лицевым хирургом совместно с врачом-ортодонтом и смежными специалистами. Обследование включало: осмотр лица и полости рта, антропометрическое обследование гипсовых моделей челюстей и лица, фотометрическое обследование. Были выполнены телерентгенограммы в боковой и прямой проекциях, ортопантограммы, проведены компьютерная томография черепа и магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстных суставов (по показаниям). План комплексного ортодонтичеcко-хирургического лечения заключался в следующем: предоперационная ортодонтическая подготовка; хирургический этап лечения; послеоперационный ортодонтический этап с коррекцией окклюзионных взаимоотношений зубных рядов. Планирование хирургического этапа лечения проводили с использованием компьютерных программ Dolphin Imaging 11.0 и Surgicase 5.0. Во всех ситуациях проводилась хирургия моделей с последующим изготовлением позиционеров. При планировании учитывались следующие показатели по результатам оценки ТРГ в боковой проекции (по G.W. Arnett, R.P. McLaughlin): 1) зубоальвеолярные и скелетные структуры; 2) толщина мягких тканей

(в области точек pogonion и menton, верхней и нижней губ); 3) высоты и длины лица (длины верхней и нижней губ, нижней трети лица и общей высоты лица, высота верхней и нижней челюстей); 4) положение структур лица по отношению к TVL (кожной точки края орбиты, кожных точек А', В' и pogonion, glabella, кончика носа, передней точки верхней и нижней губ, носогубного угла); 5) гармония лица (лицевой угол, взаимоотношение верхней и нижней губ (ULA-LLA), отношение основания носа к подбородку Sn-Pog', отношение мягких тканей нижнеглазничного края и лба к верхней и нижней челюстям). В последующем 17 пациентам проведена двусторонняя скользящая межкортикальная остеотомия нижней челюсти, остальным – остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I, двусторонняя скользящая межкортикальная остеотомия нижней челюсти. По показаниям также проводили остеотомию скуловых костей, септоринопластику, гениопластику, липосакцию подподбородочной и подчелюстных областей.

Результаты. В результате проведенного комплексного лечения взрослых пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии были достигнуты оптимальные функциональные и эстетические результаты, максимальные фиссурно-бугорковые контакты в полости рта, нормализован профиль лица. В результате исследования выявлено, что не всегда нормализация гармонии лица достигается планированием лечения только с учётом скелетных параметров.

Заключение. Достижение оптимальных эстетических результатов при комплексном лечении взрослых пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии возможно только при тесном сотрудничестве челюстно-лицевых хирургов, врачей–ортодонтотв и смежных специалистов на всех этапах лечения. Планирование хирургического лечения данной категории пациентов должно проводиться с учётом расовой принадлежности пациента и его ожиданий от лечения.

Литература.

1. Гунько В.И. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей: автореф. дис. д-р мед. наук: 14.00.21 / В.И. Гунько. - М., 1986. – 36 с.
2. Дробышев, А.Ю. Основы ортогнатической хирургии / А.Ю. Дробышев, Г. Анастасов. – М.: «Печатный город», 2007. – 55 с.
3. Arnett, G.W. Facial and Dental Planning for Orthodontists and Oral Surgeons / G.W. Arnett, R.P. McLaughlin. – Edinburgh- London: Mosby; 2004. - 320 p.
4. Proffit, W.R. Contemporary orthodontics / W.R. Proffit, H.W. Fields, D.M. Sarver. - Forth Ed. Mosby, 2007. - 768 p.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С.,
Мержвинская Е.И., Козлова А.В.

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

Введение. В настоящее время задачами костной хирургии является не только коррекция окклюзионных взаимоотношений, но и нормализация эстетических параметров лица, в результате чего эстетическая костная хирургия получает всё большее распространение. Для достижения оптимального результата важное значение имеют постановка диагноза, качество ортодонтической подготовки, использование современных методов обследования, а также точность планирования результата операции. В настоящее время команде ортодонта и хирурга доступны как средства традиционного цефалометрического планирования, с проведением расчётов по ТРГ и фотографиям, так и современные 3D технологии. На кафедре госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Московского государственного медицинского стоматологического университета проводится анализ реконструированной модели черепа, полученной с КТ исследования, с использованием программного обеспечения Surgicase 5.0. Преимуществом данного программного обеспечения является возможность анализа как костных, так и мягкотканых структур, получаемых непосредственно с КТ сканера, с минимальными погрешностями.

Цель исследования: усовершенствовать планирование хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями развития челюстей.

Объекты и методы. В клинике за период с 2009 по 2012 год обследовано и проведено комплексное лечение 122 пациентов, из которых 58 мужчин и 64 женщины в возрасте от 17 до 55 лет, с врождёнными аномалиями развития челюстей. Всем пациентам был выполнен следующий перечень обследований: антропометрия, фотометрия, анализ гипсовых моделей челюстей, анализ ТРГ (в боковой и прямой проекциях), компьютерное томографическое исследование черепа. При традиционной цефалометрии ТРГ использовались обозначения основания черепа, турецкого седла, истинной вертикали, верхней и нижней челюстей, верхних и нижних центральных резцов,

первых моляров верхней и нижней челюстей, головок мышечковых отростков, границ орбиты, наружного слухового прохода, подбородочного отдела, мягкотканого профиля лица, линии шеи.

Выделение мягкотканых параметров средней зоны лица проводили с обозначением следующих мягкотканых точек: OR', SP, AB, CB. Планирование результата операции проводили с использованием программного обеспечения Dolphin Imaging 11.0 компании Dolphin Imaging & Management Solutions, а также в режиме 3D моделирования с использованием программного обеспечения SurgiCase 5.0 компании Materialise.

Результаты. Было доказано, что не всегда удается достигнуть эстетически благоприятного результата при планировании хирургического лечения пациентов с врождёнными аномалиями челюстей по скелетным точкам с использованием как традиционного метода, так и метода компьютерного 3D планирования. При выполнении планирования с достижением только скелетных норм, эстетические параметры лица в некоторых ситуациях становятся менее привлекательными.

Заключение. При планировании хирургического лечения пациентов с врождёнными аномалиями челюстей необходимо учитывать их расовую и этническую принадлежность. Не смотря на многочисленные и дорогостоящие средства планирования оперативного вмешательства, они не могут быть использованы как основные в вопросах эстетики лица. Только опыт и эстетическое видение хирурга позволяют достигнуть гармоничного и стабильного результата.

Литература.

1. Дробышев, А.Ю. Основы ортогнатической хирургии / А.Ю. Дробышев, Г. Анастасов. – М.: «Печатный город», 2007. – 55 с.
2. Arnett, G.W. Facial and Dental Planning for Orthodontists and Oral Surgeons / G.W. Arnett, R.P. McLaughlin. – Edinburgh- London -New York –Philadelphia: Mosby, 2004. - 320 p.
3. Swennen, G.R.J. Three-Dimensional Cephalometry / G.R.J. Swennen, F. Schutyser, J. Hausamen. –Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2006. – 365 p.

СТЕРЕОЛИТОГРАФИЧЕСКОЕ БИМОДЕЛИРОВАНИЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ **Куцевляк В.И., Любченко А.В.**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина*

Введение. Проблема заболевания и повреждения височно - нижнечелюстного сустава (ВНЧС), достаточно актуальна и встречается по данным различных авторов от 25 до 65% населения.

ВНЧС относится к сложным с биомеханической точки зрения, суставам. Его заболевания характеризуется многофакторным патогенезом, неоднозначной клинической картиной, что определяет значительные трудности в диагностике и соответственно высокую частоту диагностических ошибок. Для визуализации ВНЧС используются различные методы лучевой диагностики: рентгенография по методикам предложенным Шюллером, Пордесом, Парма, ортопантомография, различные варианты томографий. Однако большинство лучевых методик исследования не позволяет адекватно судить об изменениях происходящих в ВНЧС, в связи с тем, что на костные структуры ВНЧС наслаиваются изображения элементов основания черепа или противоположной стороны нижней челюсти [2]. Наиболее прогрессивным направлением в лучевой диагностике состояния структур ВНЧС, является компьютерная томография (КТ). Однако и КТ как метод исследования не идеален, поскольку для планирования операции хирург вынужден основываться не только на данные КТ, но и обращаться к собственному субъективному воображению, чтобы на основании рентгеновского или компьютерного изображения представить себе патологию в целом и принять правильное решение [1]. Наиболее полное представление о происходящих процессах в ВНЧС, даёт изучение стереолитографических моделей. Данная работа направлена на изучение технологии лазерной стереолитографии и её использование для, постановки диагноза и выбора метода лечения пациентам с заболеваниями ВНЧС в детском возрасте [3].

Целью исследования явилось изучение технологии лазерной стереолитографии и её использование для, постановки диагноза и выбора метода лечения пациентам с костно-деструктивными заболеваниями ВНЧС.

Объекты и методы. С 2005 года было проведено более 30 обследований пациентов на томографе Siemens Somatom CR. Данный прибор позволяет получить изображение биологических объектов с пространственным изображением 0,78 мм и толщиной среза 2 мм. При изучении области ВНЧС, сканирование проводили в максимальном разрешении с толщиной среза 2 мм. Для высокого качества стереолитографических моделей области ВНЧС необходимо не менее 25-ти томографических срезов. Каждый срез представляет собой изображение, состоящее из 256x256x16 точек. Далее проводится первичная компьютерная обработка цифровых данных, позволяющая перевести каждый томографический срез в стандартный графический формат (PCX) и сохранить его в отдельном файле. Дальнейшая работа

по изготовлению стереолитографических моделей проводилась фирмой Materialise Бельгия.

Клиническая часть работы выполнялась на клинических базах кафедры стоматологии детского возраста, ортодонтии и имплантологии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

Результаты. Пациенты, находившиеся на лечении, были с различной патологией элементов ВНЧС, опухолевыми процессами нижней челюсти и основания черепа. Возраст пациентов варьировал в пределах от 4-х лет до 21 года. Для иллюстрации приводим клиническое наблюдение.

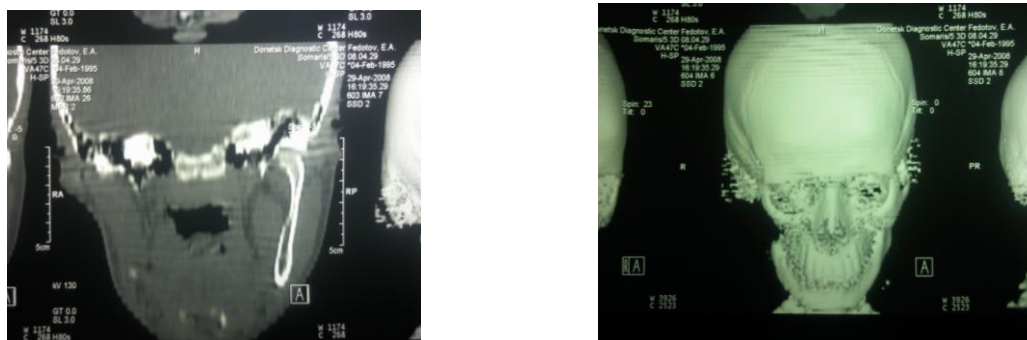


Рис. 1. Ребенок Ф. 14 лет, КТ отсутствие правой ветви и головки ВНЧС.

Пациент Ф. 14 лет поступил 23.03.2010 года в плановом порядке, история болезни № 3790. Диагноз: состояние после резекции ветви, части угла нижней челюсти, головки ВНЧС, скуловой дуги и части скуловой кости.

Из анамнеза известно, что родился от третьей беременности, вторых родов. Рос и развивался согласно возрастным нормам. В октябре 2007 года родители заметили припухлость правой щеки. Обратились в отделение челюстно-лицевой хирургии городской больницы № 1 г. Макеевки. Пациент был госпитализирован с диагнозом: остеобластокластома ветви нижней челюсти справа с прорастанием в скуловую кость и распространением в подвисочную ямку. Там же ребенку проведено хирургическое лечение с радикальным удалением опухоли, с резекцией ветви, части угла нижней челюсти, головки ВНЧС, скуловой дуги и части скуловой кости. В 2010 году обратились для консультации на кафедру стоматологии детского возраста, ортодонтии и имплантологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, ребёнок обследован: была изготовлена стереолитографическая модель, на которой был смоделирован индивидуальный эндопротез ВНЧС. Эндопротез был изготовлен на основе стандартного двухполюсного эндопротеза ВНЧС

с дистракционным устройством. Отличием его являлось измененная конструкция нижнечелюстной опорной пластины, и удлиненная височная опорная пластина, формирующая скуловую дугу. На рис. 1 представлена КТ ребенка.

Задачей проводимого оперативного вмешательства было не только восстановление возможности открывания рта в физиологическом объеме, но и восстановление контура лица (рис. 2а). На рис. 2б представлена стереолитографическая модель ребенка с припасованным к ней эндопротезом.



**Рис. 2 Ребенок Ф. 14 лет:
а – лицо в анфас;**



**б - стереолитографическая модель
с фиксированным эндопротезом**

При поступлении ребенок был обследован согласно приведенной выше схеме: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, в пределах возрастных норм. Пациент прошёл предоперационную подготовку в полном объеме и был прооперирован под интубационным наркозом.



**Рис. 3. Ребенок Ф. 14 лет:
лицо анфас в момент
выписки из стационара.**



**Рис. 4 Ребенок Ф. 14 лет:
панорамная рентгенограмма.**

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациенту в течение 2-х суток проводилась инфузионная терапия до полного восстановления энтерального питания. Антибактериальную профилактику проводили в течение недели цефтриаксоном, метрогилом в возрастных дозировках. Течение заболевания было гладким: дренажи

удалены на 3-и сутки, швы сняты на 8-е сутки. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. На рис. 3 представлен пациент на 12-е сутки после операции - в момент выписки из стационара. Далее ребенку проводилась механотерапия при помощи роторасширителя.

На панорамной рентгенограмме, сделанной через 1 год после операции, определяется удовлетворительное положение и состояние эндопротеза (рис. 4).

Заключение. Стереолитографическое моделирование обладает рядом преимуществ: более лёгкая и точная постановка диагноза при сложных скелетных деформациях; использование стереолитографической модели позволяет сократить время оперативного вмешательства; применение стереолитографической модели позволяет добиться более точного результата при пересадке эндопротеза и, таким образом, уменьшить число корригирующих операций.

Литература.

1. Антонов, Е.Н. Лазерная стереолитография – технология послойного изготовления трехмерных объектов из жидких фотополимеризующихся композиций / Е.Н. Антонов, А.В. Евсеев, С.В. Камаев // Оптическая техника. - 1998. - № 1 (13). - С. 5-14.
2. Ибрагимова, Р.С. Сравнительная оценка информативности рентгенографии и магнитно – резонансной томографии при диагностики синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Р.С. Ибрагимова // Рос. стом. журн. - 2005.-.№ 5. - С. 33-39.
3. Лазерная стереолитография – новый метод биомоделирования в черепно–челюстно–лицевой хирургии / В.В. Рогинский [и др.]. // Детская стоматология. – 2000. - № 3-4. – С. 92-95.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА **Куцевляк В.И, Боян А.М.**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина*

Введение. По мнению В.А. Хватовой (2005), М.С. Гришкова (2010), В.А. Семкина, Н.А. Рабухиной, С.Н. Волкова (2011), R. Kerstein, K. Grundset (2001), H. Smukler (2006) в основе мышечно-суставной дисфункции (МСД) лежит нарушение координированной функции жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и взаимного расположения элементов ВНЧС (головки и диска относительно суставного бугорка) [5].

По публикациям различных авторов, данное заболевание встречается от 40 до 82% от числа обратившихся за стоматологической помощью [1, 3]. Результаты исследований многих авторов в последние

годы свидетельствуют о высокой распространенности данной патологии ВНЧС у лиц молодого возраста (от 18 до 22 лет) – 52% [2, 4].

Данная патология занимает особое место среди стоматологических заболеваний вследствие трудностей, связанных с диагностикой и лечением. Чрезвычайно разнообразная, в отдельных наблюдениях сложная клиническая картина заболеваний ВНЧС часто требует участия врачей разного профиля: стоматологов, невропатологов, специалистов ЛОР профиля, остеопатов, психотерапевтов и т. д.

Цель работы – определение эффективности предложенной методики лечения пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС.

Объекты и методы. Целью лечения пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС является нормализация пространственного положения нижней челюсти. Это способствует не только восстановлению функционального взаимоотношения элементов сустава, но и повышает силу сокращения мышц. Для релаксации жевательных мышц применяют различные методики: медикаментозные, миогимнастику, аутотренинг, установка ватных валиков на премолары до 10 мин для утомления мышц и т. д. Разработана методика лечения пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС заключающаяся в том, что на жевательные мышцы и мышцы шеи оказывается физиотерапевтическое воздействие от разработанного прибора двухфазными импульсными токами с определенными характеристиками. Воздействие низкочастотных импульсных токов оказывает лечебное действие на нейромышечную систему жевательного аппарата и с их помощью достигается релаксация жевательных мышц, находящихся в дискоординированном состоянии при мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. После процедуры электромиостимуляции в течение 30-40 минут определяется нижняя трети лица и фиксируется центральное соотношение челюстей. По полученным параметрам изготавливается лечебная окклюзионная шина, которая впоследствии корректируется по окклюзионным контактам и пациенты носят её до полного исчезновения симптомов дисфункции ВНЧС, обычно это составляет 3-4 месяца.

Впоследствии пациентам изготавливаются постоянные ортопедические конструкции из безметалловых или металлокерамических материалов, в том числе с опорой на стоматологические имплантаты. Считаем, что важным моментом при изготовлении постоянных протезов является идентификация положения нижней челюсти с временного на постоянное протезирование с абсолютным соблюдением высоты прикуса и индивидуальных гнатологических параметров.

Результаты. По разработанной методике пролечены 73 пациента, сроки наблюдения составляют от 1 года до 6 лет. Пациенты вызывались для наблюдения каждые 6 месяцев. Возобновление симптомов дисфункции не наблюдалось.

Клинический пример. Пациентка «И» обратилась с жалобами на боли в области правого ВНЧС, иррадиирующими в висок, «щелчок» на правой стороне вначале открывания рта, затрудненное, болезненное жевание справа.

Объективно: наблюдалась асимметрия лица за счёт выраженности правой стороны, снижение нижней трети лица, опущены углы рта, выраженная подбородочная складка. При открывании рта отмечается ограничение открывания до 38 мм и девиация нижней челюсти вправо. При осмотре зубных рядов отмечается отсутствие зубов 4.6, 4.7, зубоальвеолярное удлинение зубов 1.6, 1.7, глубокое перекрытие в переднем участке, смещение центральной линии резцов вправо на 2 мм. Пальпация правой латеральной крыловидной мышцы и собственно-жевательной резко болезненна. Пальпация правого ВНЧС через наружный слуховой проход болезненна. Диагноз: мышечно-суставная дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Дистальное смещение правой суставной головки. Вентральное расположение правого суставного диска. Смещение нижней челюсти дистально и вправо на 2 мм. Дефект зубного ряда на нижней челюсти II класс Кеннеди. Потеря жевательной эффективности на 22% по Агапову. Лечение: получены оттиски для изготовления диагностических и рабочих моделей, после чего проведена электронейростимуляция и определено центральное соотношение челюстей. На нижней челюсти изготовлена лечебная окклюзионная шина. На место отсутствующих зубов 4.6, 4.7 установлены 2 винтовых имплантата. Через 3 месяца, после исчезновения симптомов дисфункции и интеграции имплантатов, изготовлены постоянные ортопедические конструкции. На имплантаты установлены коронки из оксида циркония, а на жевательные поверхности премоляров и моляров нижней челюсти, с целью сохранения высоты прикуса и положения нижней челюсти окклюзионные накладки из безметалловой керамики «Эмпресс» по технологии «Ivoclar-vivodent». Срок наблюдения составляет 4 года. Жалоб нет, симптомы дисфункции не возобновились.

Заключение. Применение низкочастотных двухфазных импульсных токов с целью нейтрализации дискоординированных жевательных мышц у пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС, способствует их релаксации, что дает возможность определять правильно центральное соотношение челюстей. Достигнутые результаты лечения у лиц

с симптомами мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС на временных ортопедических конструкциях (высота прикуса, форма окклюзионной поверхности, наклон зубов, гнатологические параметры), важно в точности переносить на постоянные протезы.

Литература.

1. Клинеберг, И. Окклюзия и клиническая практика / И. Клинеберг, Р. Джагер. - М.: «МЕДпресс-информ», 2006.
2. Потапов, В.П. Комплексный подход к диагностике и лечению функциональной окклюзии / В.П. Потапов // Институт стоматологии. – 2008. - №4 (41). – С. 24-25.
3. Пузин, М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. - М.: «Медицина», 2002.
4. Ронкин, К. Использование принципов нейромышечной стоматологии при реконструктивном протезировании пациентов с патологией прикуса и дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) / К. Ронкин // Dental Market. - 2006. - № 5.
5. Хватова, В.А. Клиническая гнатология / В.А. Хватова. - 2005.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ МИКРОГНАТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Маланчук В.А., Скворцова И.Г.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. При анализе методов хирургического лечения микрогнатии нижней челюсти (МНЧ) выявлено разнообразие способов реконструктивных операций на нижней челюсти (НЧ) и подходов к их планированию, каждый из которых имеет как приоритеты, так и недостатки и не может полностью исключить осложнения или рецидивы.

Цель работы - повышение эффективности лечения пациентов с МНЧ путём усовершенствования местных костно-пластических операций с использованием метода плоскостной остеотомии и постулатов П. Тессье, особенностью которой является создание костных противоупоров-зацепов на внешней кортикальной пластинке задней трети тела нижней челюсти и сохранение места прикрепления мышц. Метод обеспечивает стойкий позитивный результат при устранении односторонней МНЧ при микрогнатии и (или) микрободии в пределах 11-29% (10-30мм).

Объекты и методы. Материалом исследования стал анализ 29 архивных историй болезней пациентов с МНЧ в возрасте 14-42 года и результатов обследования и лечения 27 лиц с МНЧ в возрасте от 14 до 32 лет.

Результаты. При анализе данных ортопантомограмм пациентов архивной группы и группы обследования установлено

уменьшение размеров тела и ветви нижней челюсти:
1) преимущественно микрободия – у 21,4% пациентов;
2) преимущественно микрорамия – у 32,1%; 3) микрободия в сочетании с микрорамией – у 46,5%. Недоразвитие половины нижней челюсти в сравнении с противоположной стороной и нормой выявлено в пределах 6-60% (от 5 мм до 56 мм).

Среди обеих групп 7,1% пациентов имели укорочение нижней челюсти 6-10% (от 5 мм до 10 мм). Эти пациенты были отнесены к I степени недоразвития нижней челюсти и не требовали костно-реконструктивных операций. Укорочение нижней челюсти в пределах 11-29% (10-30 мм) определено у 60,7% лиц, которые были отнесены к II степени. При укорочении нижней челюсти более 30% (20–56 мм), что выявлено у 32,2%, пациенты требовали комбинированных хирургических вмешательств и были отнесены к III степени. Соответственно трём степеням установлены соматические показатели соответствия роста и весовых параметров возрасту. Средние росто-весовые показатели соответствовали I степени недоразвития нижней челюсти, ниже средних или дисгармоничные – II-й, низкие или дисгармоничные – III-й, что нашло отражение в разработанной систематизации клинических симптомов МНЧ, которая была использована в работе для выбора целенаправленного лечения.

По данным ортопантомограмм 27 пациентов группы обследования укорочение половины нижней челюсти выявлено в пределах 6-38% (5–42 мм). Из их числа у 19 лиц укорочение нижней челюсти установлено в пределах 11-29% (16–30 мм) и соответствовало II степени её недоразвития. Эти пациенты составили основную группу исследования, которая оперировалась разработанным методом: плоскостная остеотомия угла нижней челюсти с созданием противоупоров на наружной кортикальной пластинке задней трети тела и сохранением места прикрепления жевательных мышц. Метод выполняется внутриворотным доступом, не требует межчелюстной фиксации.

Восстановление нормальных параметров электроодонтометрии зубов нижней челюсти у 78,9% пациентов происходит через 3 месяца после операции предложенным методом, что подтверждает целостность нижнего альвеолярного нерва.

По данным ортопантомограмм установлено, что в результате хирургического лечения у лиц основной группы укорочение ветви компенсировано на 96,12%, тела – на 98,04%. Рентгеноцефалометрическое обследование обосновало патогенетический подход к лечению, направленному на увеличение

недоразвитой половины нижней челюсти. Данные боковых телерентгенограмм доказывают, что у пациентов основной группы в результате хирургического лечения предложенным методом произошло восстановление длины ветви на 96,31%, тела - на 97,87% и подтверждают результаты ортопантомографических показателей.

По данным электромиографического исследования установлено, что биоэлектрическая активность жевательных мышц оперированной стороны увеличивается в сравнении с предоперационной, но через 1 год становится ниже нормы. Восстановление функции собственно жевательной мышцы произошло на 90,2%, височной – на 89,9%, в среднем – 90%.

Установленная корреляционная связь между длиной ветви, длиной тела нижней челюсти и показателем средней амплитуды биопотенциала собственно-жевательной мышцы свидетельствует о тенденции к нормализации функции жевательных мышц после удлинения недоразвитой челюсти.

Заключение. Предложенный метод хирургического лечения односторонней МНЧ позволяет на 97% компенсировать укорочение её половины, восстановить симметрию и эстетику лица пациента, обеспечивает стойкий позитивный результат, создаёт условия для восстановления функции жевательных мышц на 90%, сохраняет целостность нижнего альвеолярного нерва, улучшает его общее физическое и психо-эмоциональное состояние.

МЕТОДИКА ОДНОПОЛЮСНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА САПФИРОВЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ ПРИ ВЫСОКИХ ПЕРЕЛОМАХ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Рябоконь Е.Н.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Мировой клинический опыт показывает, что эндопротезы височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) можно использовать для первичного (непосредственного) замещения дефектов суставной головки нижней челюсти при высоких переломах мышцелкового отростка, когда остеоситез или реплантацию произвести невозможно. Однополусное эндопротезирование ВНЧС с успехом можно использовать при оперативном лечении этого вида травмы нижней челюсти, когда сохраняется внутрисуставной диск.

При высоких переломах мышцелкового отростка нижней челюсти применяется следующая методика однополюсного эндопротезирования ВНЧС сапфировым эндопротезом. Производится разрез кожи, окаймляющий угол нижней челюсти длиной 5-7 см в позадичелюстной области, отступая от края мочки уха на 1 см и, отступив от нижнего края челюсти на 1,5-2 см. Послойно рассекают мягкие ткани и доходят до надкостницы нижнечелюстной кости. Скальпелем рассекают сухожилия и надкостницу по краю ветви и угла нижней челюсти в области прикрепления сухожилий собственно жевательной мышцы, оставляя неповрежденными лицевые артерию и вену. Распатором отслаивают только задние пучки собственно жевательной мышцы и скелетируют наружную поверхность заднего края угла и ветви челюсти до уровня перелома. При этом медиальная крыловидная мышца не отслаивается.

Затем оттягивают нижнюю челюсть книзу и приступают к извлечению суставной головки (или её осколков), которая, как правило, располагается на внутренней поверхности ветви челюсти, смещаясь к основанию черепа в переднемедиальном направлении. Головку захватывают зажимом и извлекают наружу. При застарелых переломах головку осторожно выделяют от рубцов и измененных тканей.

В ситуации, когда сохраняется связь суставной головки с латеральной крыловидной мышцей, последнюю берут на лигатуру (или лигатуры), которую затем прочно фиксируют в области шейки эндопротеза. При отрыве латеральной крыловидной мышцы в узкой ране не всегда удастся взять сокращённую мышцу на лигатуру. Для облегчения данного этапа производят резекцию шейки мышцелкового отломка. После резекции остатка мышцелкового отростка эту манипуляцию удастся сделать значительно легче, так как открывается более широкий обзор дна и стенок операционной раны. При манипуляциях в глубине раны их следует производить осторожно, избегая повреждения верхнечелюстной артерии, нервных стволов и внутрисуставного диска ВНЧС.

Далее нижнюю челюсть устанавливают в прикус с верхней челюстью и фиксируют межчелюстной тягой к ранее фиксированным на зубных рядах шинам. После этого приступают к выбору типоразмера и припасовке искусственного сапфирового эндопротеза головки нижней челюсти. Выбрав имплантат необходимого размера, его, вводят головкой в суставную ямку, плотно придавливая к внутрисуставному диску, после чего прижимают к ветви нижней челюсти. По краям ножки эндопротеза на кости отмечают место расположения ножки имплантата.

Долговечность функционирование эндопротеза зависит от плотности его контакта с воспринимающим ложем ветви нижней челюсти и жёсткости фиксации. Плотность контакта эндопротеза к костному ложу зависит от его протяженности и того, как оно сформировано. Для этого на наружной поверхности ветви нижней челюсти, ближе к заднему краю, создается ровная воспринимающая площадка для эндопротеза шириной такой же, как ножка имплантата и протяженностью от линии перелома (или остеотомии) до нижнего края челюсти (на длину эндопротеза). С этой целью фрезой снимаются возвышения, и неровности компактного слоя кости до появления кровоточащих точек. Создаются ретенционные уступы, препятствующие смещениям эндопротеза при ранних функциональных нагрузках. Эта манипуляция приводит к более плотному прилеганию эндопротеза к костной ткани, создавая условия для быстрой адаптации кости к материалу имплантата.

Операционное поле тщательно промывают раствором фурацилина для удаления костной стружки, образовавшейся при обработке. Затем плотно подгоняют к воспринимающему костному ложу эндопротез.

Важным моментом при однополюсном эндопротезировании сустава для получения полноценного сочленения является контакт головки эндопротеза с внутрисуставным диском. Когда внутрисуставной диск смещён, его возвращают в нижнечелюстную ямку височной кости. Головку эндопротеза укладывают в суставную ямку к внутрисуставному диску, а ножку на сформированное костное ложе и фиксируют. Эндопротез закрепляют внакладку винтами (рис. 1). Для восстановления функции латеральной крыловидной мышцы её свободный конец фиксируется лигатурой вокруг шейки эндопротеза.

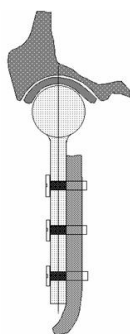


Рис. 1 Однополюсное эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава.

Немаловажным моментом является попытка восстановить целостность суставной капсулы, которая после восстановления способна продуцировать синовиальную жидкость, естественную своеобразную смазку трущихся поверхностей сустава. Края суставной капсулы

прошивают лигатурами из капрона и плотно фиксируют со всех сторон к шейке эндопротеза, охватывая со всех сторон его головку. Затем собственно жевательную мышцу укладывают на место и послойно ушивают. Обращают внимание на полное распрямление волокон собственно жевательной мышцы, особенно на поверхности обращенной к кости. Для этого костной ложкой движениями из глубины раны кнаружи распрямляют подвернутые мышечные волокна. Жевательную мышцу фиксируют к надкостнице и медиальной крыловидной мышце по краю угла и ветви нижней челюсти П-образными или 8-образными мышечными швами. В ране оставляют резиновый дренаж. Накладывают асептическую повязку.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА

Шипика Д.В., Дробышев А.Ю.

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

Введение. Известно, что зубочелюстные аномалии, включая аномалии прикуса, играют определенную роль в патогенезе заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), но не всегда такая связь устанавливается. По данным ряда авторов заболевания сустава у пациентов с аномалиями прикуса встречаются от 34% до 87% наблюдений (А.В. Силин 2007, J. Sato et. al., 2009).

В настоящее время возможности диагностики значительно возросли благодаря использованию современных инструментально-технических методов (Perienniemi, Kantonuna, 2001; Shuichi Sato, Hiroshi Kawamura, Katsutoshi Motegi, 2005). Однако в настоящее время данные об оптимальном выборе методов исследования, их объеме и последовательности выполнения на различных этапах ведения пациентов с заболеваниями ВНЧС в специальной литературе не представлены. Многие годы в лечении заболеваний ВНЧС применение консервативного подхода было основным (P. Nicolakis, С.В. Erdogmus, А. Kopf, 2002; J.C. Turp, F. Komine, А. Hugger, 2004). Данная точка зрения основана на мнении, что изменения в ВНЧС не обратимы и инвазивная терапия не показана (С. Stohler, G. Zarb, 1999, С.S. Greene, 2001) Однако нарушение состава и свойств синовиальной жидкости играет определенную роль в развитии заболеваний ВНЧС (D.W. Nitzan, В. Kreiner, В. Zeltser, 2004). В существующих алгоритмах практически не представлены возможности малоинвазивных

хирургических методик лечения заболеваний ВНЧС у данной категории пациентов.

Целью исследования было совершенствование диагностики и лечения заболеваний ВНЧС у пациентов с аномалиями прикуса.

Объекты и методы. На базе Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ в рамках разработки алгоритма диагностики и лечения заболеваний ВНЧС у пациентов с аномалиями прикуса было обследовано 50 пациентов в возрасте от 21 года до 55 лет. Проводилось комплексное лечение согласно предложенному алгоритму. Тип проводимого хирургического вмешательства определялся в зависимости от степени дисфункции ВНЧС. Артроцентез с лаважем наиболее эффективно использовался в составе комплексного лечения пациентов с внутренними нарушениями суставов. Также артроцентез эффективен в качестве паллиативной процедуры в лечении пациентов во время периода обострения дегенеративного и ревматоидного артрита ВНЧС.

Хирургические вмешательства на суставе с использованием эндоскопической техники проводятся при неэффективности шинотерапии и артролаважа, или на более поздних стадиях развития патологического процесса в ВНЧС.

Результаты. Современные методы диагностики в комплексе способны предоставить клиницисту исчерпывающую информацию о состоянии ВНЧС и вовлеченных структур зубочелюстного аппарата, а также о динамике течения заболевания. В настоящее время возможности многих методов, таких как кинезиография, стимуляционная электромиография и чрескожная электромиостимуляция, находятся на стадии углубленного изучения. Главной задачей совершенствования и внедрения в клиническую практику методов оценки состояния ВНЧС является создание актуального комплексного алгоритма их применения, показаний, а также общепринятой системы анализа и интерпретации полученных данных.

Применение малоинвазивных хирургических методик в составе алгоритма комплексного лечения заболеваний ВНЧС является оправданным и высокоэффективным методом, подтвержденным результатами данного исследования.

Заключение. Применение консервативного подхода в лечении заболеваний ВНЧС способно только частично устранить основные симптомы и должно проводиться с использованием предложенного алгоритма.

Литература.

1. Коротких, Н.Г. Лечение внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава с использованием эндоскопической техники / Н.Г. Коротких, Ю.М. Анисеев // *Стоматология*. - 2003. - Т. 82. - № 1. - С. 34–38.
2. Силин, А.В. Проблемы диагностики, профилактики и лечения морфофункциональных нарушений в височно-нижнечелюстных суставах при зубочелюстных аномалиях: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.21 / А.В. Силин; МГМСУ. – М., 1999. – 215 с.
3. Condylar erosion and disc displacement: detection with high-resolution ultrasonography / R Emshoff [et al.]. // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2003. – Vol. 61. – № 8. – P. 877–881.
4. Gynther, G.W. Efficacy of arthroscopic lysis and lavage in patients with temporomandibular joint symptoms associated with generalized osteoarthritis or rheumatoid arthritis / G.W. Gynther, A.B. Holmlund // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 1998. – Vol. 56. – P. 147-151.
5. Shortterm treatment outcome study for the management of temporomandibular joint closed lock. A comparison of arthrocentesis to nonsurgical therapy and arthroscopic lysis and lavage / K. Murakami [et al.]. // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* – 1995. – Vol. 80. – P. 253–257.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Шотт И.Е., Бармуцкая А.З., Шотт Е.В., Долин В.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Беларусь

Введение. Среди всевозможных версий этиологии и патогенеза заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) имеют значение: психосоматические расстройства, которые приводят к парафункции жевательных мышц, вследствие чего окклюзия становится травматической, так как при ней возникает функциональная перегрузка периодонта. Отёк периодонта и компенсаторно возникающие перемещения или наклоны отдельных зубов приводят к неодновременным межзубным контактам в центральной окклюзии, и, в результате, к деформации окклюзионной поверхности зубных рядов. Указанные изменения влекут функциональную перегрузку жевательных мышц, а вслед за ними – височно-нижнечелюстного сустава.

Цель исследования - изучить взаимосвязь нарушений окклюзионных взаимоотношений и состояния височно-нижнечелюстного сустава.

Объекты и методы. Обследовано 30 пациентов с разрушениями коронковой части зубов, частичной вторичной адентией зубов на верхней и нижней челюстях, которые являлись для протезирования полости рта. Пациенты были обследованы по следующему плану: опрос, включающий определение наличие симптома бруксизма и других

функциональных состояний: болей в жевательных мышцах, дневного сжатие зубов, сжатия зубов во время сна, ночного скрежетания. Обращали внимание на наличие боли в области ВНЧС, акустических шумов в виде «щелчка», «хруста», степень открывания рта, определяли характер смещения нижней челюсти при открывании рта. Обследование включало функциональный анализ зубочелюстной системы. При этом оценивали прикус, состояние зубов на верхней и нижней челюстях в центральной, передней, боковых и задних окклюзиях. Для регистрации результатов исследований окклюзионных нарушений использовали обзорные окклюдодиаграммы на копировальной бумаге. Проводили анализ диагностических моделей.

Всем пациентам выполняли рентгенологические исследования челюстей, зубов, ВНЧС при смыкании зубов в центральной окклюзии и при максимальном открывании полости рта с использованием ортопантомографии, зонографии, у 10 пациентов было проведена конусно-лучевая компьютерная томография ВНЧС.

Результаты. Было установлено следующее: 7(23%) пациентов жаловались на боли в области ВНЧС, 9(30%) – на «утомляемость» мышц при жевании, при активной разговорной речи. При пальпации ВНЧС, при открывании полости рта у большинства пациентов суставные головки находились впереди суставного бугорка. Аускультация суставов выявляла акустический шум в виде «щелчка», «хруста» в одном или двух суставах. У всех пациентов при открывании рта наблюдалось латеральное отклонение нижней челюсти в поражённую сторону с последующим «S-образным» движением. 16(50%) пациентов отмечали ночное «сжатие» зубов и ночное «скрежетание».

У всех исследуемых пациентов отмечалось наличие дефектов зубных рядов от I до IV класса по Кеннеди, которые, в свою очередь, были осложнены множественными разрушениями окклюзионных поверхностей, патологической стираемостью зубов, деформациями зубных дуг, заболеваниями периодонта. В 90% наблюдений имело место снижение межокклюзионной высоты.

Изучение результатов лучевых методов диагностики при закрытом рте позволило установить, что заднее и центральное положение суставной головки преобладали у пациентов данной категории. Значительно реже наблюдалось переднее положение, которое было выявлено у 4 пациентов (13%). Следует отметить, что у 7(23%) пациентов отмечалось асимметричное расположение суставных головок нижней челюсти в суставных ямках справа и слева. Вероятно, это свидетельствовало о вынужденном положении нижней челюсти, её

боковом сдвиге из-за дискоординации мышечной активности или деформации окклюзионной поверхности зубных рядов.

При открывании рта у 80% пациентов суставная головка нижней челюсти находилась за вершиной суставного бугорка. У 44% пациентов наблюдались неодинаковые по форме головки нижней челюсти справа и слева. При этом у пациентов определяли деформации суставных головок, сужение суставных щелей различной степени выраженности и склероз компактной пластинки, уплощение суставных поверхностей.

Заключение. Таким образом, у всех обследованных пациентов, которые обращались по поводу протезирования полости рта, установлены изменения со стороны окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей с парафункциями и изменениями в ВНЧС. Это требует комплексного подхода к лечению травматической окклюзии и заболевания ВНЧС.

Литература.

1. Денисова, Ю.Л. Окклюзионная травма: Трудности в диагностике / Ю.Л. Денисова, А.С. Солоневич // Стоматология. - 2012. - № 1. - С. 41-49.
2. Трезубов, В.Н. Особенности диагностики и терапии дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / В.Н. Трезубов, И.И. Мицкевич // Новое в стоматологии. - 1996. - № 6. - С. 44-45.
3. Хватова, В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии / В.А. Хватова. - Н. Новгород: НГМА, 1996. - 275 с.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ

Василенко В.М.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Введение. Среди множества проблем челюстно-лицевой хирургии особое место занимают вопросы лечения детей с врождёнными односторонними несращениями верхней губы. В тоже время сложившиеся сроки оперативных вмешательств не имеют морфологического обоснования.

Цель исследования - изучение морфологических свойств тканей краёв несращений верхней губы.

Объекты и методы. Под наблюдением находились дети в возрасте от трёх суток жизни до 3-х лет.

Результаты. У новорожденных первых трёх суток выявлены: целостность эпителиальных покровов, соединительной и мышечной тканей, обильная васкуляризация, высокий уровень обменно-синтетических процессов, а также отсутствие изменений воспалительного и дистрофического характера. Обнаруженное состояние тканей позволяет считать их активным морфологическим субстратом, способным обеспечить при выполнении хейлопластики полноценные процессы репаративной регенерации и их выраженную послеоперационную динамику.

Неблагоприятные морфологические изменения тканей краёв несращений верхней губы отмечаются со середины второй недели жизни новорожденного и нарастают по мере взросления ребенка. У новорожденных от 2 недель до 1 месяца в активных структурных компонентах тканей краёв несращения губы появляются в основном очаговые воспалительные инфильтраты серозного или серозно-гнойного характера. У детей от одного до двух месяцев жизни на фоне выраженного нарушения кровообращения формируются периваскулярные, субэпителиальные и чаще диффузные гнойные инфильтраты. Указанные неблагоприятные изменения тканей способствуют развитию воспалительных осложнений в области операционной раны, а в дальнейшем, снижению положительной послеоперационной динамики.

У детей 3-6 месяцев воспалительный процесс в тканях краёв несращения губы принимает вялотекущий характер. Дегенеративно-дистрофических изменений в эпителиальном покрове, мышечной и соединительной ткани не наблюдается. Такое строение местных тканей должно служить положительным моментом, способствующим осуществлению полноценных процессов репаративной регенерации после хейлопластики.

У детей от 6 месяцев до года и старше, в связи с усиливающимися нарушениями трофики наблюдаются выраженные дистрофические изменения эпителиального покрова, дегенеративные и атрофические изменения в мышечной ткани, заместительное разрастание жировой и соединительной ткани, коллагенизация её, низкий уровень местных защитных процессов. Воспалительные изменения имеют вялотекущий хронический характер. Способность тканей к положительной послеоперационной динамике снижена, или полностью отсутствует.

Морфологическое исследование тканей краёв несращений губы у детей разных возрастных групп показало, что в тканях губы имеет место сочетание воспалительных, дистрофических и атрофических изменений, которые нарастают по мере увеличения возраста детей, что обусловлено разобщением анатомических структур в области несращения.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования позволяют определиться со сроками оперативного вмешательства в зависимости от гистоморфологического состояния тканей верхней губы.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ОЗОНИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИШЕЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ДЕФОРМАЦИОННОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЗУБА ПРИ ОДНООСНОМ СЖАТИИ

Власова М.И., Зайцев Д.В., Мандра Ю.В.

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
Уральский Федеральный Университет, ИЕН,
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Эффективное лечение кариеса зубов продолжает оставаться одной из важнейших проблем практической стоматологии. Формирование тотального соединения пломбировочного материала с тканями зуба предполагает проникновение адгезива внутрь дентинных канальцев и формирование полноценной гибридной зоны. Важным этапом в формировании качественного соединения на границе пломба - зуб является антибактериальная обработка кариозной полости.

Одной из новых методик борьбы с патогенными микроорганизмами является применение озона. Однако в специальной литературе нет описания воздействия озона на прочностные характеристики соединения, возникающего на границе пломба - зуб.

Цель исследования - в эксперименте выявить изменение прочности соединения (гибридной зоны) на границе пломба - зуб в зависимости от применяемого вида антибактериальной обработки кариозной полости пришеечной локализации.

Объекты и методы. Материалом для экспериментального исследования служили образцы 10 зубов (40 образцов) пациентов, проживающих в Уральском регионе и имеющие кариозные полости пришеечной локализации, удаленные по ортопедическим и ортодонтическим показаниям. Было изготовлено 4 группы образцов по 10 штук. На образцы фиксировался блок пломбировочного материала.

В первой группе образцов использовалась современная система антибактериальной обработки кариозной полости – кислотное протравливание, озонирование (аппарат prozone, W&H DENTALWERK) в шестисекундном режиме, нанесение адгезивной системы (Adper Single Bond 2). Во второй группе образцов - озонирование (аппарат prozone, W&H DENTALWERK) в шестисекундном режиме, нанесение самопротравливающейся адгезивной системы (Adper Prompt-L-Pop). Третья группа – использование стандартной методики антибактериальной обработки, кислотное протравливание, нанесение адгезивной системы (Adper Single Bond 2). Четвертая группа - стандартной методики антибактериальной обработки, нанесение самопротравливающейся адгезивной системы (Adper Prompt-L-Pop).

Далее на обработанные поверхности всех групп образцов наносили пломбировочный материал Filtek Ultimate оттенка А3В. После этого образцы обрабатывали на шкурках и окончательно они имели размеры 2х2х1,3 мм³. Испытания на одноосное сжатие проводили на разрывной машине Shimadzu AG-X 50 kN при комнатных условиях, скорость перемещения траверсы 0,1 мм/мин. Результаты измерений обрабатывали на стандартном программном обеспечении для данной машины Ttrarezium X. Аттестацию боковых поверхностей образцов до и после испытаний выполняли при увеличении х20.

Результаты. Аттестация образцов четырех групп при увеличении х20 перед сжатием, показала, что после обработки, на их боковых поверхностях отсутствовали трещины и поры, а соединение дентина с пломбой является прямым. Во всех наблюдениях распада образцов на части после испытания не происходило.

Следует отметить, что значимых отличий качества реставраций по клиническим и деформационным показателям с учётом применяемой адгезивной системы не обнаружено, что свидетельствует об эффективности их клинического использования. Снижение предела прочности в первой же группе можно объяснить менее равномерным распределением адгезива в дентинных канальцах, однородным гибридным слоем, образующимся при применении самопротравливающих систем.

Полученные результаты исследования третьей группы образцов позволяют говорить о наилучшей степени однородности структуры соединения дентина и материала Filtek Ultimate при использовании озона для проведения антибактериальной терапии кариозной полости. Клинически это означает хорошее краевое прилегание, снижение риска повторного бактериального заражения и изменения цвета реставрации.

Заключение. Результаты проведенного экспериментального исследования свидетельствуют о высоком качестве гибридации, однородности структуры соединения дентина и материала Filtek Ultimate при использовании озона для проведения антибактериальной терапии кариозной полости и позволяют рекомендовать применение озона в комплексном лечении кариеса зубов. Следует подчеркнуть, что способность озона стимулировать реминерализацию повышает эффективность лечения кариеса.

Литература.

1. Безрукова, И.В. Использование медицинского озона в стоматологии / И.В. Безрукова, А.И. Грудянов // Стоматология. – 2001. – Т. 61. - № 2. – С. 63.
2. Деформация и разрушение человеческого дентина / Д.В. Зайцев [и др.]. // Деформация и разрушение материалов. – 2011. – Т. 6. - С. 37-44.
3. Ивашов, А.С. Зависимость прочностных свойств современных композиционных материалов при сжатии от температуры полимеризации / А.С. Ивашов, Д.В. Зайцев, Ю.В. Мандра // Проблемы стоматологии. – 2011. - Т. 5. - С. 30-34.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОДОНТОСКОПИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗУБОВ

Данилова Д.В., Новак Н.В.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Оказание качественной стоматологической помощи пациентам разного возраста сегодня невозможно без современных технологий и новых знаний. Эстетическое восстановление дефектов твердых тканей зубов должно выполняться с учётом индивидуальных и возрастных особенностей анатомических характеристик. Однако

в специальной литературе содержится ещё недостаточно сведений о закономерностях возрастных изменений морфологии зубов.

Цель работы - изучение возрастных особенностей одонтоскопических характеристик для использования в процессе эстетического реставрирования зубов.

Объекты и методы. Объектами исследования являлись 295 фронтальных зубов, в том числе: у пациентов в возрасте 17–25 лет – 248 зубов, 46 лет и старше – 47 зубов. Основным методом исследования являлась одонтоскопия – последовательное визуальное обследование зубов, принятое в антропологии. Была оценена геометрическая форма вестибулярной поверхности, признаки принадлежности зуба к стороне (признаки угла и кривизны коронки, а также признак отклонения корня), индивидуальные особенности (зубодесневой контур, макрорельеф вестибулярной поверхности, протяженность контактов между проксимальными поверхностями соседних зубов).

Результаты. Визуальное определение геометрической формы вестибулярной поверхности зубов у пациентов различных возрастных групп показало, что наиболее часто ($67,34 \pm 2,98\%$) зубы прямоугольной формы встречались у пациентов в возрасте от 17 до 25 лет, что по сравнению с лицами 46 и более лет на 16,3% чаще. Треугольная форма вестибулярной поверхности у людей 46 и более лет была выявлена в $44,68 \pm 7,25\%$ наблюдений, в то время как в возрасте 17–25 лет таковая встречалась всего в $27,01 \pm 2,82\%$ ($p < 0,05$).

Признак угла коронки чаще наблюдался в молодом возрасте ($81,85 \pm 2,45\%$), вследствие возрастных изменений его частота уменьшалась, и к 46 годам этот признак встречался почти в два раза реже. Существенные закономерности, связанные с возрастными изменениями признака кривизны коронки, не были выявлены.

Редко встречающийся уплощенный десневой край максимально проявляется ($10,26 \pm 4,43\%$) у лиц в возрасте 46 лет и старше. Частота округлого зубодесневого контура увеличивается с возрастом, и у пациентов старшей возрастной группы была отмечена в $64,10 \pm 7,0\%$ наблюдений. Наименьшая встречаемость данного признака ($35,89 \pm 3,05\%$) была выявлена у молодых людей ($p < 0,001$). Куполообразный десневой край преобладал у $61,69 \pm 3,09\%$ лиц в возрасте 17–25 лет, а в старшей возрастной группе (46 лет и более) его число составляло только $25,64 \pm 6,37\%$ ($p < 0,001$).

Изучение возрастных особенностей макрорельефа вестибулярной поверхности показало, что у половины молодых людей преобладали все три эмалевых валика (мезиальный, дистальный и срединный). Частота

встречаемости данного типа макрорельефа в старших возрастных группах была значительно меньше и к 46 годам составляла всего $2,13 \pm 2,11\%$ ($p < 0,001$). Также с возрастом уменьшалось наличие двух эмалевых валиков ($38,31 \pm 3,09\%$ в возрасте до 25 лет) и после 46 лет наблюдалось очень редко ($6,38 \pm 3,57\%$) ($p < 0,001$). Напротив, число зубов с гладкой вестибулярной поверхностью увеличивалось от $3,63 \pm 1,19\%$ у молодых людей до $91,49 \pm 4,09\%$ у пациентов старшего возраста ($p < 0,001$).

Результаты изучения контактов между зубами в различных возрастных группах показали, что соприкосновение между соседними зубами протяженностью от десневого сосочка до режущего края наблюдалось у $76,92 \pm 2,68\%$ молодых людей до 26 лет. К 46 годам частота встречаемости контактов такого типа уменьшилась более чем в два раза ($35,90 \pm 7,0\%$) ($p < 0,001$). Число соприкосновений между проксимальными поверхностями зубов в области экватора и в области режущего края с возрастом увеличилось. Реже всего наблюдалось отсутствие контактов между зубами у лиц в возрасте 17-25 лет ($15,38 \pm 2,29\%$). Максимальная частота встречаемости диастем ($35,90 \pm 7,0\%$) была выявлена в группе пациентов 46 лет и старше ($p < 0,001$).

Заключение. Результаты изучения одонтоскопических характеристик пациентов разных возрастных групп, показали, что зубы молодых людей обладали более выраженными признаками к сторонам, а также высокой вариабельностью индивидуальных особенностей. Восстановление морфологии молодых зубов требует от врача-стоматолога не только высокого мастерства, но и осведомленности в области одонтологии, а также навыками проведения визуального обследования зубных рядов с целью выявления и воссоздания их индивидуальных особенностей в эстетических конструкциях.

Литература.

1. Данилова, Д.В. Ошибки и осложнения при воссоздании анатомической формы зубов / Д.В. Данилова, Н.В. Новак // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: сб. тез. науч.-практ. конф. молодых ученых. – СПб., 2005. – С. 266–268.
2. Зубов, А.А. Одонтология в современной антропологии / А.А. Зубов. – М.: «Наука», 1989. – С.124-127.
3. Метод изготовления эстетических реставраций на фронтальную и жевательную группу зубов: инструкция № 84-0805: утв. МЗ РБ 14.10. 2005 / И.К. Луцкая [и др.]. – Минск, 2005. – 9 с.
4. Практическое руководство по моделированию зубов / С.В. Дмитриенко [и др.]. – М., 2001. – 239 с.
5. Тегако, Л.И. Основы современной антропологии: учеб. пособие / Л.И. Тегако, И.И. Саливон. – Минск: Университетское, 1989. – 271 с.

ОЦЕНКА ВЕЛИЧИНЫ СТИРАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ

Круглик О.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Повышенное стирание зубов характеризуется убылью твердых тканей на окклюзионных поверхностях, несущих жевательную нагрузку.

При реставрации зубов с повышенным стиранием существуют рекомендации руководствоваться известными средними размерами зубов [2]. Однако в клинике эти рекомендации не всегда приемлемы, поскольку различия между средними данными, приведенными в разных источниках [1, 2], составляют от 1,4 до 2,4 мм, а между минимальными и максимальными значениями – от 2,9 до 4,3 мм.

Целью исследования явилась оценка высоты коронок зубов с повышенным стиранием.

Объекты и методы. Обследованы 27 пациентов с повышенным стиранием зубов, 183 фронтальных зуба (72 резца верхней челюсти, 30 клыков верхней челюсти, 55 резцов нижней челюсти, 26 клыков нижней челюсти.). Высоту коронок зубов измеряли при помощи штангенциркуля. Полученные данные обрабатывали методами непараметрической статистики (Манна-Уитни).

Результаты. Средние значения высоты зубов с повышенным стиранием и их отклонение от средних величин приведены в таблице 1. Статистически достоверные различия разности измеренной и средней длины выявлены между резцами верхней и нижней челюсти ($p < 0,001$) и между резцами и клыками нижней челюсти ($p < 0,001$), что свидетельствует о разной величине стирания разных групп зубов.

Таблица 1
Средние значения высоты зубов с повышенным стиранием и их отклонение от средних величин

	Высота коронок зубов, мм (Me;LQ;UQ)	Разность высоты коронок зубов и средних значений, мм (Me;LQ;UQ)
Резцы верхней челюсти	6,8; 5,3; 8,0	1,0; 0,1; 2,8 ¹
Клыки верхней челюсти	7,0; 6,0; 9,0	1,6; 0,4; 2,6
Резцы нижней челюсти	5,0; 4,0; 6,0	2,8; 1,8; 3,8 ^{1,2}
Клыки нижней челюсти	6,0; 5,0; 7,0	1,6; 0,6; 2,6 ²

Примечание: Me – медиана; LQ – нижний квартиль; UQ – верхний квартиль;
1 – $p < 0,001$; 2 – $p < 0,001$.

Наибольшие различия (2,8 мм) обнаружены в группе нижних резцов, промежуточные (1,6 мм) в группе клыков обеих челюстей, а наименьшие в группе верхних резцов (1,0 мм).

Заключение. При повышенном стирании зубов уменьшение высоты коронок зубов более выражено у нижних резцов, у клыков этот показатель имеет промежуточное, а у верхних резцов – минимальное значение. Величина стирания резцов нижней челюсти достоверно больше величины стирания резцов верхней челюсти и клыков нижней челюсти.

Литература.

1. Наумович, С.А. Антропометрические данные коронок и корней зубов и их значение в стоматологии / С.А. Наумович, Р.А. Батура, С.Н. Пархамович // Стоматол. журн. – 2002. – № 2. – С. 21–22.
2. Радлинский, С. Системное восстановление высоты всех зубов при повышенной стираемости / С. Радлинский // Дент Арт. – 2007. – № 3. – С. 38-48.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИОДОНТА

Кувшинов А.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Фотодинамическая терапия (ФДТ) - новый и перспективный метод лечения заболеваний периодонта, основанный на использовании энергии фотохимических реакций.

Целью работы являлось экспериментальное обоснование возможности применения метода фотодинамической терапии для лечения заболеваний периодонта.

Объекты и методы. Исследование осуществлялось на базе экспериментально-биологической клиники УО «Белорусский государственный медицинский университет». В работе были использованы 125 крыс линии Вистар средней массой 300-350 грамм. Все животные, в зависимости от метода лечения, были разделены на 5 групп по 25 животных в каждой: 1) здоровый периодонт; 2) экспериментальный периодонтит без лечения; 3) экспериментальный периодонтит, лазеротерапия (длина волны 670 нм, плотность мощности 125 мВт/см², доза на одну процедуру – 30 Дж/см², курс – 10 процедур, ежедневно); 4) экспериментальный периодонтит, фотодинамическая терапия (фотосенсибилизатор фотолон, длина волны лазерного излучения 670 нм, плотность мощности 125 мВт/см², доза 50 Дж/см², 2 процедуры с интервалом 3 дня); 5) облучение периодонтальных тканей

лазером по схеме, используемой для ФДТ, но без применения фотосенсибилизатора. Пятая группа была выделена с целью детерминирования эффектов собственно фотодинамической терапии и отделения их эффектов от эффектов изолированного лазерного излучения.

Оценка результатов проведенного лечения включала наблюдение за общим состоянием животных и изучение состояния тканей периодонта. Определение периодонтального статуса включало визуальную оценку, при проведении которой оценивались такие признаки как гиперемия, отёк, изменения конфигурации десны, атрофические и гиперпластические процессы, инструментальную оценку, которая осуществлялась с использованием пробы Шиллера-Писарева, индекса кровоточивости десны, измерения количества десневой жидкости, и патоморфологическое исследование [1, 2].

Результаты. Картина экспериментальной патологии характеризовалась агрессивным поведением животных, снижением массы тела на 80-100 грамм. Целостность зубодесневого прикрепления нарушалась с образованием патологического кармана глубиной до 2 мм. Зубы, устойчивые перед началом эксперимента приобретали патологическую подвижность I-II степени. Результаты патоморфологического исследования подтверждали картину выраженного гнойно-воспалительного процесса.

После проведения курса лазеротерапии ярких признаков воспаления в периодонте животных не наблюдалось, слизистая десны приобретала нормальную консистенцию. Констатировалось некоторое уменьшение подвижности и уменьшение глубины периодонтальных карманов. Показатель кровоточивости и количество десневой жидкости снижались до $0,35 \pm 0,04$ и $0,055 \pm 0,002$, соответственно. Показатель пробы Шиллера-Писарева составлял $0,9 \pm 0,13$.

Совершенно иная картина наблюдалась при проведении фотодинамической терапии. Уже через сутки после первой процедуры резко снижалась кровоточивость и количество десневой жидкости. Прекращалось гноетечение из зубодесневых карманов, поверхность эрозий подсыхала и затягивалась пленкой. Значительно уменьшался отёк. Через сутки после второй процедуры отёк и кровоточивость были полностью купированы, десна приобретала нормальный цвет. Резко уменьшалось количество зубных отложений. На 3-5 день количество десневой жидкости достигало значений нормы, проба Шиллера-Писарева становилась отрицательной, устранялся неприятный запах. Глубина карманов уменьшалась до 1мм, патологическая подвижность снижалась до I степени, десна приобретала нормальную

конфигурацию. Эффект лечения был стойким и сохранялся на протяжении всего периода исследования. Результаты патоморфологического исследования, выполненного на 7-е сутки после проведения лечения, выявляли признаки остаточного слабовыраженного воспаления.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности фотодинамического воздействия на экспериментальный воспалительный процесс в периодонте. Принципиальная разница в механизмах лазерного физиотерапевтического воздействия и фотодинамической терапии, обуславливает выраженные отличия в лечебном эффекте. Облучение лазером, по схеме, используемой для ФДТ, но без применения фотосенсибилизатора не оказало никакого влияния на клиническое состояние десны, следовательно, полученный результат есть следствие взаимодействия фоточувствительного вещества и лазерного излучения. В свою очередь, медиатором действующей фотохимической энергии служат образующиеся свободные радикалы.

Литература.

1. Каплан, М.А. Возможности и перспективы применения фотодинамической терапии / М.А. Каплан, А.Ф. Цыб // Рос. медицинские вести. – 2002. - № 2. – С. 19-24.
2. Brouwer, P.A. New qualities of chlorine-e6 photosensitizers / P.A.Brouwer, F.W. Van der Verlen // Lasers Med. Pci. – 2000.- Vol. 15. – P. 31-34.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕСТКОСТИ СИСТЕМ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗОНЕ УГЛА

Маланчук В.А., Шидловский Н.С., Копчак А.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
Национальный технический университет Украины,
г. Киев, Украина*

Введение. Переломы нижней челюсти (ПНЧ) являются одним из наиболее распространенных травматических повреждений костей лица. Их лечение предусматривает точное сопоставление и надежное закрепление (остеосинтез) костных отломков на период, необходимый для формирования полноценного костного сращения. Системы для остеосинтеза должны эффективно противостоять внешним силам, дестабилизирующим зону перелома и вызывающим вторичное смещение отломков. При смыкании зубов в разных положениях зона угла является одним из наиболее напряженных участков нижней челюсти. Это создает предпосылки для возникновения вторичного смещения отломков, деформации пластин, расшатывания и потери шурупов после проведения остеосинтеза. Многочисленные системы

фиксации, предложенные для лечения ПНЧ в зоне угла, не всегда обеспечивают необходимую жёсткость и надёжность. Это обуславливает необходимость тщательного изучения их биомеханических характеристик с целью определения необходимости использования того или иного типа фиксатора при разных видах перелома.

Цель работы - в натурном эксперименте изучить жёсткость систем фиксатор-кость при ПНЧ в области угла в зависимости от типа фиксатора и его расположения.

Объекты и методы. Основные типы ПНЧ в области угла были воссозданы путём остеотомии 12 сухих трупных челюстей человека. Для фиксации отломков использовали традиционные титановые минипластины линейной, сетчатой и X-образной формы, а также комбинацию пластины и стягивающего шурупа. Толщины пластин составляла 1 мм, а диаметр и длина шурупов, применяемых для их фиксации, составляла соответственно 2 и 7 мм. Пластины располагали в зоне внешней косой линии, в ретромолярной области по нижнему краю челюсти. Изучали также разные комбинации из 2 линейных пластин, расположенных в одной или двух плоскостях (бипланарная фиксация). После этого препарат нижней челюсти нагружали в исследовательской машине TIRA-test (Германия), воссоздавая типичные варианты напряженно-деформирующего состояния зоны перелома. Особенности закрепления препарата в исследовательской машине определялись типом деформации, которая воссоздавалась. Для регистрации взаимного перемещения отломков применяли цифровую фотокамеру Panasonic DMC-TZ7 в режиме макросъёмки. В процессе исследования проводили съёмку препарата с реперными точками, нанесёнными на его поверхность и эталонным объектом с известными размерами. Изображение обрабатывали в программной среде Adobe Photoshop CS3, перемещения в миллиметрах определяли на основе расчёта масштабного коэффициента по эталонным объектам. Поскольку на разных участках щели перелома возникали разные по величине и направлению деформации, для определения жёсткости системы фиксатор-кость измеряли наибольшее перемещение, и рассчитывали жесткость, как отношение нагрузки к этому перемещению.

Результаты. Установлено, что жёсткость системы фиксатор-кость существенно отличается в разных направлениях и при разных типах деформации. Пластины демонстрировали наибольшую жёсткость на растяжение-сжатие и значительно меньшую – на сгибание и смещение, особенно в горизонтальной плоскости. Интегральная жёсткость системы определялась не только типом фиксатора, но и его расположением и типом восстанавливаемого перелома. Жёсткость фиксации при косых,

биомеханически неблагоприятных переломах была меньше, чем при переломах, проходящих перпендикулярно оси челюсти. Оптимальной зоной для расположения пластин оказалась зона её верхнего края. При этих условиях системы фиксации большее внимание уделялось противодействию сгибания в сагиттальной плоскости, что является основным видом деформации челюсти при жевательной нагрузке. При вертикально неблагоприятных косых переломах наибольшую жёсткость обеспечивали сетчатые фиксаторы, а при горизонтально неблагоприятных – системы бипланарной фиксации.

Заключение. Жесткость системы фиксатор-кость зависит от характеристик фиксатора, его расположения, типа перелома и механических свойств костной ткани, что необходимо учитывать при проведении остеосинтеза нижней челюсти в области угла.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕСНЫ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЕКТОР-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Рябокоть Е.Н., Черепинская Ю.А.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Введение. В последнее время всё шире распространяется новая ультразвуковая технология обработки зубов и пародонтальных карманов – Вектор-терапия (аппарат Vector™ («Durr Dental», Германия), которая позволяет направленно обработать всю поверхность обнаженного корня зуба и пародонтального кармана с помощью ультразвука направленного действия и полировочной субстанции Vector Fluid Polish).

Целью исследования явилось морфологическое изучение десны после использования Вектор-терапии при лечении пациентов с генерализованным пародонтитом II степени тяжести хронического течения.

Объекты и методы. Объектом для проведенного морфологического исследования служили ткани десен 6 пациентов с генерализованным пародонтитом II степени тяжести хронического течения. Участок десны иссекался при операции удаления зуба, которая проводилась через 7 суток после проведенной Вектор-терапии. Мягкие ткани фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, заливали парафином, готовились срезы толщиной 5×10^{-6} м. Морфологическую структуру после окрашивания парафиновых срезов изучали с помощью традиционных гистологических и гистохимических методик: окраска гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизон. Ставилась

PAS-реакция для выявления гликозаминогликанов, реакция Браше для выявления рибонуклеопротеидов. Микропрепараты изучали при помощи микроскопа «Olympus BX-41» с последующей обработкой программой «Olympus DP-soft version 3.1», с помощью которой проводилось морфометрическое исследование.

Результаты. При гистологическом изучении состояния тканей пародонта взятых через 7 дней после проведения Вектор-терапии многослойный плоский эпителий, покрывающий десну неравномерной толщины, отмечаются умеренно выраженные явления гиперкератоза с выраженным роговым слоем. В тоже время в морфологической картине выявляются изменения, которые можно рассматривать как последствия травматических повреждений. Изредка встречаются зоны некроза эпителия проникающие глубже базальной мембраны. Шиповатый и зернистый слои слабо выражены, сосочковый слой извитой. Очагов истончения эпителия немного, хотя местами встречаются места уменьшения эпителиального слоя до 2-3 клеток. Зоны истончения покрыты роговым веществом слоистого строения. В цитоплазме эпителиоцитов зернистого слоя множественные зёрна кератогиалина, которые сливаются между собой.

В эпителиоцитах шиповатого и базального слоёв цитоплазма светлая, с наличием вакуолей достаточно крупных размеров. Клетки шиповатого слоя уплощены. Отмечаются широкие разрастания эпителия, проникающие в подлежащую ткань в виде лент или тяжей. Эпителиоциты базального слоя гиперхромны, чаще с перпендикулярным направлением оси ядра к базальной мембране. PAS-реакция в эпителии неравномерно выражена, зоны снижения её интенсивности чаще соответствуют участкам выраженной кератинизации, а в акантоотических разрастаниях, эпителии прикрепления отмечается повышение её интенсивности.

Реакция Браше в цитоплазме клеток шиповатого и базального слоёв умеренно положительная, средняя оптическая плотность реакции Браше в цитоплазме эпителиоцитов составляет $0,289 \pm 0,031$ усл. ед.

В подлежащей соединительной ткани отёк слабо выражен, отмечается наличие в периваскулярном пространстве нейтрофилов, очагов лимфоцито-плазмоцитарных инфильтратов. В собственной пластинке выявляются множественные акантоотические тяжи, число фибробластов увеличено, отмечаются признаки склерозирования сетчатого слоя. Отмечается наличие новообразованных капилляров, молодых аргирофильных волокон. Ретикулиновые волокна извитые, местами с наличием разволокнения. Коллагеновые волокна собраны

в пучки, признаки гиалинизации практически отсутствуют. PAS-реакция в участках выраженных склеротических изменений положительна.

Волокнистые структуры фуксинофильны. Цитоплазма макрофагов и плазмоцитов, фибробластов и эндотелиоцитов содержит умеренное число пиронинофильных структур.

Стенки сосудов с набухшими эндотелиоцитами, с признаками отёка. Имеются признаки мукоидного набухания и фибриноидных изменений. Признаки мезенхимальных изменений наиболее выражены в зонах периваскулярной клеточной инфильтрации, при этом в периваскулярном пространстве часто наблюдаются признаки фрагментации и лизиса коллагеновых волокон. Эндотелий сочный с крупными ядрами, цитоплазма при окраске по Браше интенсивно пиронинофильна. Эндотелиальные и адвентициальные клетки несколько увеличены в размерах, отмечается умеренная гиперхроматия ядер. Очагово выявляется десквамация эндотелиоцитов с оголением базальных мембран.

Капиллярная сеть густая за счёт наличия молодых капилляров. Сеть новообразованных капилляров окружена единичными фибробластами, элементами лимфоцитарного, плазмоцитарного, макрофагального рядов, тучными клетками. Присутствует много нейтрофильных лейкоцитов. Базальные мембраны сосудов неравномерно утолщены, интенсивно PAS-позитивны.

В периодонтальном пространстве обнаруживаются лимфоциты, макрофаги и нейтрофильные лейкоциты. Капилляры полнокровны с очаговыми паравазальными кровоизлияниями, гиалиновыми тромбами. PAS-реакция умеренно позитивна.

ИЗУЧЕНИЕ НОВОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

**Светлакова Е.Н., Мандра Ю.В., Ларионов Л.П., Базарный В.В.,
Еремина П.А., Хонина Т.Г., Тосова И.Н.**

*БОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
Институт органического синтеза им. И.Я. Постовского УрО РАН,
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Отсутствие тенденции к снижению заболеваний пародонта диктует необходимость поиска новых средств эффективного лечения [2]. Аллергические реакции и побочные эффекты многих лекарственных препаратов свидетельствуют о важности поиска новых средств лечения. В связи с этим интерес представляют

фармакологические композиции на основе глицерогеля и нестероидных противовоспалительных средств [2, 3].

Цель работы – экспериментальное исследование эффективности действия новой фармакологической композиции при лечении заболеваний пародонта.

Объекты и методы. Исследование проведено на 45 крысах-самцах породы Вистар массой около 200 грамм в возрасте 4–6 месяцев. Животных содержали в стандартных условиях вивария с соблюдением общепринятых правил. Для моделирования воспаления крысам травмировали ткани пародонта под контролируемым рауш-наркозом [1].

Основой тестируемого средства являлся кремнийорганический глицерогидрогель (КГГ) состава $\text{Si}(\text{C}_3\text{H}_7\text{O}_3)_4 \cdot 6\text{C}_3\text{H}_8\text{O}_3 \cdot 24\text{H}_2\text{O}$ (патент РФ 2255939, МПК А61К 47/30, 2005 год) [3]. На его основе предложен состав двух композиций. Состав №1: 1% кетопрофен, 1% метилурацил, остальное – КГГ; масса 50 грамм. Состав №2: 2,5% кетопрофен, 1% метилурацил, остальное КГГ; масса 50 грамм.

Животные были разделены на 3 серии: крысам контрольной серии была нанесена травма на ткани пародонта, затем их оставляли для наблюдения. В первой исследуемой после травмы и ежедневно на десну наносили 1 грамм композиции №1, во второй исследуемой – 1 грамм композиции №2.

Морфологическое исследование тканей десны крыс проводили до эксперимента, через 1, 3, 7, 14 дней. Для исследования системных реакций организма использовали комплекс лабораторных тестов: общий анализ крови, биохимический анализ сыворотки крови, уровень циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке. Статистическая обработка проведена на основе принципов вариационной статистики. Для оценки достоверности различий использовали непараметрический критерий Манна-Уитни [1].

Результаты. Лабораторные показатели до лечения свидетельствуют о том, что серии идентичны, а изменения - достоверны. В 1–3 сутки у животных контрольной серии отмечалась умеренно выраженная лейкоцитарная воспалительная реакция. С 7 суток число нейтрофилов снижалось и существенно не отличалось от нормы, оставаясь таким же к 14 дню. Состояние других ростков кроветворения существенно не менялось. Снижение уровня альбумина свидетельствует о снижении белковосинтетической функции печени, что характерно для острой фазы воспаления. Во второй серии характер лейкоцитарной формулы свидетельствовал о меньшей активности воспаления. При нанесении аппликаций композиции №1 было выявлено достоверное снижение воспаления уже на третьи сутки, что говорит о выраженном

антиагрегационном действии (число нейтрофильных гранулоцитов $17 \pm 1,3\%$ в сравнении с контролем $20 \pm 1,9\%$). Уровень мочевины, билирубина, АЛТ и АСТ во второй серии существенно не изменился, что свидетельствует об отсутствии токсичности препарата. Гистологическое исследование десны свидетельствует о формировании эпителия равномерной толщины на всём протяжении. В 3-й серии животных воспалительные изменения крови были ещё менее выраженными. Незначительное кратковременное повышение активности АЛТ и АСТ у животных 3-й серии указывает на преходящий и невыраженный цитотоксический эффект высококонцентрированной композиции. Уровень ЦИК в сериях не различался. Изменения уровня мочевины были неспецифичны.

Заключение. Во всех сериях наблюдавшихся животных после нанесения травмы десны в анализах крови отмечалось увеличение содержания лейкоцитов, что свидетельствует о развитии адекватного воспалительного процесса. Использование кремнийорганического геля снижает активность воспаления при экспериментальной травме десны, о чём свидетельствовала положительная динамика лейкоцитарной картины крови и морфологического исследования уже на третий день применения. Нормальный уровень билирубина, активности трансаминаз указывает на отсутствие токсического эффекта предложенной композиции №1.

Литература.

1. Каркищенко, Н.Н. Альтернативы биомедицины. Том 1. Основы биомедицины и фармакомоделирования / Н.Н. Каркищенко. – М.: Издательство ВПК, 2007. – 320 с.
2. Ковалевский, А.М. Лечение пародонтита: практическое руководство / А.М. Ковалевский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2010. – 160 с.
3. Mechanism of structural networking in hydrogels based on silicon and titanium glycerolates / T.G. Khonina [et al.]. // Journal of Colloid and Interface Science. – 2012. – Vol. 365. – P. 81–89.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ Свидло О.А.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Введение. Несмотря на развитие современной медицины, в частности стоматологии, остаётся достаточно актуальной тема одонтогенных воспалительных заболеваний. К сожалению, более чем 50% пациентов челюстно-лицевых стационаров составляет именно эта патология.

Зачастую одним из первых клинических признаков флегмон челюстно-лицевой области является затруднённое открывание рта, особенно, если гнойный процесс локализуется в глубоких клетчаточных пространствах, границами которых являются мышцы, участвующие в движении нижней челюсти. Контрактура, длительное время, сохраняясь в послеоперационном периоде, остается одной из причин жалоб пациентов в период реабилитации. Тем не менее, несмотря на все указанное выше, научных разработок по изучению и лечению данной патологии практически нет. Единичные работы по изучению состояния мышечных тканей в области гнойного очага носят экспериментальный характер.

Цель работы – морфологическое обоснование лечения воспалительной контрактуры жевательных мышц.

Объекты и методы. Было изучено морфологическое, гистохимическое и иммуногистохимическое состояние жевательных мышц в очаге гнойного поражения околожелюстных клетчаточных пространств у 20 пациентов с флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области. После клинико-лабораторного обследования, установления топического диагноза и степени выраженности контрактуры, пациентам под комбинированным обезболиванием проводили первичную хирургическую обработку гнойного очага с его дренированием, некрэктомию поражённых тканей, во время которой брали участок мышцы в очаге поражения для морфологического, гистохимического и иммуногистохимического исследования.

Результаты. Анализируя проведенные исследования, было выделено две группы пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области, у которых воспалительный процесс проходил по двум путям развития. В первой группе: при клинически значительном отёке и резко выраженной контрактуре, и локализации гнойного очага в глубоких клетчаточных пространствах в микропрепаратах определялся слабо выраженный склероз и резко выраженный отёк мышечного компонента. Тогда как во второй группе (пациенты с флегмонами расположенными в поверхностных клетчаточных пространствах), клинически отёк мягких тканей практически не выражен, а степень открывания рта значительно выше, при морфологическом исследовании в мышечной ткани отмечается слабо выраженный отёк с разволокнением соединительнотканного компонента, на фоне дистрофических и некробиотических изменений в миоцитах.

Заключение. На основании сказанного выше можно сделать вывод о том, что развитие воспалительной контрактуры находится в прямой

зависимости от степени выраженности отёка в мышечной ткани и межмышечных структурах. В связи с этим был предложен метод сокращения сроков и степени выраженности контрактуры путём назначения пациентам в послеоперационном периоде в качестве противоотёчной терапии раствора L-лизина эсцинат, а также проведении миогимнастики жевательной группы мышц. Все это в комплексе позволяет значительно сократить сроки существования воспалительной контрактуры, тем самым сократить сроки реабилитации пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области в послеоперационном периоде, что подтверждалось электромиографическим исследованием жевательных мышц до и после лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИОСТАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКАХ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Стаханська Е.А., Чумаченко А.В., Кмецинская З.В.

*Тернопольский медицинский университет,
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Тернополь, г. Киев, Украина*

Введение. Основой ранних стадий репаративного остеогенеза является восстановление капиллярного русла и формирование вокруг капилляров макрофагально-фибробластоэндотелиального гистиона. Функционирующее кровяное русло – ворота для миграции клеточного и белкового материала, факторов роста и других участников регенерации [1, 2, 3]. В связи с указанным исходное состояние кровотока в периосте необходимо учитывать при планировании оперативных вмешательств.

Цель исследования состояла в изучении кровотока в периосте альвеолярных отростков верхней челюсти с точки зрения использования различных его фрагментов в оперативных вмешательствах.

Объекты и методы. Проведено реографическое исследование кровотока периоста у 55 здоровых людей в возрасте 20–53 лет с небной стороны альвеолярного отростка на уровне резцов и премоляров и на уровне моляров с вестибулярной и щёчной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти.

Применялась биполярная продольная реография аппаратом «Rheotest» («DX–системы», Украина) с использованием оригинальных электродов из латунной металлочки, в роли проводящего раствора использовался препарат «Метрогил-дента-гель».

Анализ реограмм включал вычисление объём кровотока (РИ), времени быстрого наполнения $\alpha/1$ (показатель наполнения сосудов большого калибра), времени медленного наполнения $\alpha/2$ (показатель наполнения сосудов среднего и малого калибра) и соотношение α/T (показатель тонуса сосудов).

При визуальном анализе основной кривой реограммы (РГ) учитывалась её форма и компоненты кривой, на дифференциальной реограмме (ДРГ) обращалось внимание на колебание жидкости в сосудах.

Результаты показали, что РИ периоста со щёчной стороны и со стороны преддверия полости рта составлял около 1,4, а с нёбной стороны – 2,2–3,2. Время наполнения сосудов большого калибра с нёбной стороны превышало аналогичный показатель в других участках в 2–3 раза, а время наполнения сосудов среднего и малого калибров отличалось несущественно. Показатель тонуса для периоста с наружных отделов альвеолярного отростка приближался к гипертонусу (α/T был ниже 0,135), а с нёбных отделов периоста α/T превышал 0,15.

При визуальном анализе РГ с нёбной стороны имели более остроконечную форму и удлиненную часть вершины, явно выраженную часть дикротического седла и чётко очерченную дикротическую часть с 2–4 последовыми волнами. ДРГ свидетельствовали о колебании большого количества крови в сосудах и об активной сосудодвигательной деятельности. РГ с наружных сторон альвеолярного отростка чаще были более плоской и с меньшим числом последовых в дикротической части волн. ДРГ имела меньшую высоту и меньшее число волн после основного всплеска жидкости.

Заключение. Реографическое исследование периостального кровотока альвеолярного отростка верхней челюсти указало на более интенсивное кровообращение с нёбной стороны, что может иметь большое значение при планировании оперативных вмешательств с расщеплёнными периостальными лоскутами или при мобилизации больших площадей периоста.

Литература.

1. Гололобов, В.Г. Стволовые стромальные клетки и остеобластический клеточный дифферон / В.Г. Гололобов, Р.В. Деев // Морфология. – 2003. – № 1. – С. 9-19.
2. Kanczler, J.M. Osteogenesis and angiogenesis: the potential for engineering bone / J.M. Kanczler, R.O.C. Oreffo. // European Cells & Materials. - 2008. - Vol. 15. - P. 100-114.
3. Vascular endothelial growth factor (VEGF) directly enhances osteoclastic bone resorption and survival of mature osteoclasts / M. Nakagawa [et al.]. // FEBS Lett. – 2000. – Vol. 473. – P. 161–164.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СЛЮНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
Артюшкевич А.С., Руман Г.М., Адащик Н.А., Воронцовская О.Р.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «Минская областная детская клиническая больница»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Одной из наиболее распространенных патологических процессов слюнных желез является слюнокаменная болезнь, как правило, приводящая к нарушению их функции и являющаяся причиной сиалоаденитов. Диагностика калькулёзных сиалоаденитов в ряде ситуаций вызывает определенные затруднения, что связано с особенностью клинической картины заболевания, недостаточно полной информативностью основных способов лучевой диагностики (рентгенографии и ультразвукового исследования (УЗИ)), каждый из которых свои достоинства и недостатки. Этим аспектам диагностики слюнокаменной болезни посвящено данное исследование.

Цель работы - изучение информативности лучевой диагностики слюнокаменной болезни.

Объекты и методы. С целью выявления информативности рентгенологического и ультразвукового исследования у пациентов со слюнокаменной болезнью проведено изучение результатов лучевой диагностики 32-х пациентов в возрасте 15-65 лет, находившихся на лечении в стоматологических отделениях УЗ «Минская областная детская клиническая больница» в период с 2010 по 2012 годы. Всем пациентам было выполнено ультразвуковое обследование, а также безконтрастная рентгенография тканей дна полости рта (ортопантомография, обзорная окклюзионная рентгенография). Части пациентам (5) с целью уточнения локализации конкремента, а также состояния протоковой системы проводилась контрастная сиалография. УЗИ выполняли на аппаратах: «VOLOJON-730» с линейным датчиком 6-12 мГц; «Sonoline G60S» с линейным датчиком 5-13 мГц, симметрично с обеих сторон нижней челюсти. Рентгенологическое исследование проводили на аппарате «Vison». В качестве контраста использовали 30% раствор верографина.

Результаты лучевой диагностики в дополнение к клиническим данным позволили у всех пациентов верифицировать диагноз – слюнокаменная болезнь. У подавляющего числа пациентов (30) ультразвуковое исследование позволило установить хронический сиалоаденит. У этих пациентов были отмечены: увеличение размеров слюнной железы, понижение её эхогенности, присутствие множественных включений повышенной эхогенности в совокупности с расширением внутрижелезистых протоков, свидетельствующих о наличии конкрементов во внутрипротоковой системе. Эхографическое исследование позволило выявить присутствие не только обизвествлённых, но и необизвествлённых конкрементов. Причём необизвествлённые были определены как включения, средней, высокой эхогенности, без дистальной акустической тени. Обизвествлённые конкременты визуализировались в виде гиперэхогенных образований с хорошо выраженной длительной акустической тенью. При наличии нескольких конкрементов, те из них, которые были расположены дистальнее обтурировали проток и обуславливали его расширение. Конкременты, локализованные проксимально лежали свободно в расширенном протоке. Рентгенологическое исследование свидетельствовало о том, что чаще тени от конкрементов обнаруживались в зоне изгиба главного выводного протока, вызывая расширение последнего. Сравнительная оценка результатов лучевых методов исследования пациентов со слюнокаменной болезнью выявила, что у 20% пациентов (6) мелкие конкременты были диагностированы как при УЗИ, так и при контрастной сиалографии. Однако было отмечено, что у 3-х пациентов конкременты не были обнаружены ни при одном из указанных обследований, а диагноз слюнокаменной болезни был поставлен на основании клинических данных.

Заключение. Таким образом, ни один из методов лучевой диагностики слюнокаменной болезни нельзя считать абсолютно достоверным. Ввиду различного состава, структуры и локализации конкрементов, так же размеров и состояния слюнной железы, образования визуализируются лучше или хуже, а в отдельных наблюдениях не определяются при рентгенографии, и ультразвуковом исследовании. Учитывая это, при обследовании пациентов данной категории вначале следует проводить УЗИ, а затем, для уточнения локализации конкремента, рентгенологическое исследование. В трудных и сомнительных ситуациях показана сиалография с использованием контрастных средств.

Литература.

1. Рабухина, Н.А. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области / Н.А. Рабухина, Н.М. Чупрынина. – М.: «Медицина», 1991. – С. 320-329.

2. Тимофеев, А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – М.: МИА, 2007. – С. 495-506.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ **Барадина И.Н., Манкевич С.М.**

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Парафункциональные проявления у взрослых довольно велики и составляют по данным разных авторов от 5 до 81%. Парафункции жевательных мышц проявляются в виде непроизвольных и слабо контролируемых пациентами сокращений мимической мускулатуры, прикусыванием губ, щек, языка, неправильной речевой артикуляцией.

По нашим данным основным механизмом в развитии парафункции является нарушение окклюзионных взаимоотношений в полости рта. К местным предрасполагающим факторам относится глубокий прикус, нарушение окклюзии, аномалии отдельных зубов и зубных рядов, вредные привычки орального характера, ошибки при протезировании (неправильное моделирование жевательных поверхностей коронок и искусственных зубов), преждевременные зубные контакты, потеря зубов.

Целью исследования явилась разработка и сравнительная оценка методов лечения хронической патологии жевательных мышц в синдроме парафункции.

Объекты и методы. В терапии 60 пациентов применяли комплекс воздействий, направленный на различные причины заболевания: лечебные ортопедические аппараты, рефлексотерапию, приём антидепрессантов и препаратов кальция. Все пациенты были разделены на 2 группы, которые нуждались в подготовке полости рта к предстоящему ортопедическому лечению. В 1-й группе пациентов использовали только лечебные аппараты (стандартную суставную шину, стабилизирующий аппарат в виде съёмных и несъёмных капп, нёбную пластинку, релаксирующую шину). Во 2-й группе использовали сочетание лечебных аппаратов с применением иглоукалывания, приёмом антидепрессантов и препаратов кальция («Кальцемин», «Кальцемин Адванс», «Дентовитус Са»).

Критерием оценки успеха проводимого лечения служили: сроки подготовки полости рта к ортопедическому лечению, время исчезновения болевых ощущений, улучшение общего самочувствия и увеличение работоспособности, выход из депрессивного состояния, координация работы элементов височно-нижнечелюстного сустава

(ВНЧС), правильное позиционирование в пространстве. Стандартные лечебные аппараты представлены на рисунках 1 и 2.

На рисунке 1а изображена ТМЖ – суставная шина или миофункциональный трейнер, которую применяли для снятия боли в области ВНЧС только ночью и за час перед сном. На рисунке 1б изображена ТМЖ^Р – жёсткая термопластическая суставная шина для дневного использования. На рисунке 2а изображена релаксационная шина после уточнения её границ и наложение на зубной ряд (рис. 2б). Применяли также индивидуально изготовленные или репозиционные шины, модифицируя частичный съёмный пластиночный протез окклюзионными накладками, которые перекрывали зубной ряд одной из челюстей на весь период лечения, корректируя их (рис. 3а). На рисунке 3б изображён припасованный и наложенный съёмный лечебный аппарат на нижнюю челюсть. Некоторым пациентам изготавливали несъемные назубные шины - каппы (рис. 4), окклюзионная поверхность которых моделировалась гладкой и без отпечатков антагонистов для обеспечения свободы движения нижней челюсти.

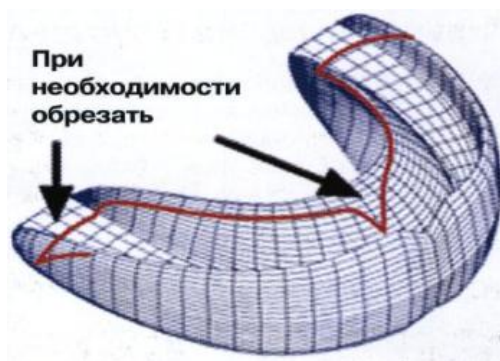


Рис. 1 Стандартные лечебные аппараты:
а - ТМЖ – суставная шина или
многофункциональный трейнер;

б - ТМЖ^Р – жёсткая термопластическая
суставная шина для дневного
использования.

Из антидепрессантов с анальгезирующим действием рекомендовали приём феварина (флувоксамина), относящегося к ингибиторам обратного захвата серотонина в дозе 37,5-70 мг в сутки в течение 1-2 месяцев, снижая дозу препарата через месяц в два раза.

Рефлексотерапия в методе иглоукалывания была направлена на координацию функции жевательных мышц, нормализацию их тонуса, улучшение микроциркуляции, кровообращения, купирование боли.

Дистальные точки акупунктуры (ТА) седативной, миорелаксирующей, противоболевой, вегетативной направленности (E36, E41, E44, TR5, GJ4, MC6, VB34, VB39, F2, F3, R2, R3, RP6, P7, V40, V60), ТА «воротниковой» зоны (VB20, VB21, V11, GV14, JG14, JG15)

комбинировали с местно-локальными точками, расположенными в области триггерных зон проблемных мимических и жевательных мышц: JG18, JG19, E6, E7, VB2, VB3, VB4, VB5, VB6, PC9, TR21, TR22, TR23. Дополнительно воздействовали на аурикулярные точки: 5, 6, 11, 34, 35, 55, 95, 96, 97 по методике пролонгирования. Иглоукалывание проводили по тормозному методу (Т1-2), количество процедур – от 8 до 10.



Рис. 2 Стандартные лечебные аппараты:
а - релаксационная шина;

б - релаксационная шина после уточнения её границ и наложение на зубной ряд.



Рис. 3 Индивидуально изготовленные или репозиционные шины
а - модифицированный частичный съёмный пластиночный протез с окклюзионными накладками;

б - модифицированный частичный съёмный пластиночный протез с окклюзионными накладками, которые перекрывают зубной ряд нижней челюсти.



Рис. 4 Индивидуально изготовленные или репозиционные шины: несъемные назубные шины - каппы.

Результаты. Во всех группах был получен терапевтический результат. Во 2-й группе наблюдалась выраженная положительная динамика: снижение интенсивности боли или полное её купирование, восстановление функции жевания, прекращение вокализации (щёлканье, звуки, шум) в суставе, исчезло ограничение подвижности нижней челюсти, улучшались сон и настроение.

Заключение. Лечебный комплекс, включающий применение ортопедических аппаратов в комбинации с иглоукалыванием, приёмом препаратов кальция и антидепрессантов в малых дозах достоверно повышает эффективность лечения парафункциональных расстройств. Требуется дальнейшее уточнение методики с целью прогнозирования рецидивов заболевания и его профилактики.

Литература.

1. Барадина, И.Н. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава съёмными аппаратами / И.Н. Барадина // Материалы 5 съезда стоматологов Беларуси «Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии». – Брест, 2004.
2. Комбинированные методы лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / И.Н. Барадина [и др.]. // *Medicina stomatologica. Publicatie oficiala a asociatiei stomatologilor din republica Moldova*. Chisinau. – 2007.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ

**Бармуцкая А.З., Походенько-Чудакова И.О.,
Саврасова Н.А., Шотт И.Е.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
ГОУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Диагностика радикулярных кист расположенных в области премоляров и моляров вследствие взаимоотношений корней указанных зубов с верхнечелюстной пазухой требует проведения точной диагностики расположения очага кисты по отношению к верхнечелюстной пазухе, поскольку от этого зависит объём проводимого вмешательства. Кроме того, стоматологу-хирургу постоянно необходимо решать вопросы о эндодонтической подготовке зубов, расположенных в зоне кистозного образования. До настоящего времени с целью диагностики кист и их локализации применяют такие методы лучевых исследований, как: дентальная рентгенография, ортопантомография челюстей, обзорная зонография и компьютерная

томография придаточных пазух носа. Дентальная рентгенография зубов, ортопантомография не всегда являются информативными в выявлении изменений структуры кости в периапикальных тканях премоляров и моляров верхней челюсти. Вместе с тем, в настоящее время для диагностики кист всё чаще применяется метод конусно-лучевой компьютерной томографии, который при минимальной лучевой нагрузке позволяет получить трехмерное изображение зубочелюстной области с высоким качеством детализации [1]. Это позволяет видеть мелкие и плохо различимые структуры, такие, как корневые каналы, а также минимизировать артефакты, вызванные отражением металла [2].

Цель работы - изучить возможность применения конусно-лучевой компьютерной томографии для диагностики кист, локализованных в области премоляров и моляров верхней челюсти и определения их взаимоотношения с верхнечелюстной пазухой.

Объекты и методы. У 30 пациентов с наличием очагов деструкции костной ткани, выявленных на ортопантомограмме челюстей в области премоляров и моляров верхней челюсти проводилась конусно-лучевая компьютерная томография, выполненная на аппарате Galileos, фирмы Sirona, в программе Galaxis. При оценке конусно-лучевой компьютерной томографии определяли наличие очагов деструкции костной ткани, размеры и форму их в области верхушек корней, сохранность кортикальной пластинки нижней стенки верхнечелюстной пазухи на всём протяжении, степень поражения верхнечелюстной пазухи, решетчатого лабиринта. Оценивали также число корневых каналов и качество проведенного эндодонтического лечения.

Результаты. У 18 пациентов (73%) применение указанного метода позволило выявить очаги деструкции костной ткани с чёткими контурами в области верхушек корней зубов диаметром 8-15 мм, что позволило установить диагноз радикулярная киста верхней челюсти, у 12 пациентов (17%) – очаги деструкции были размером 2-7 мм, что расценивалось как наличие хронического гранулематозного периодонта.

При дальнейшем исследовании трехмерного изображения зубов и отдельных участков челюстей в программе Galaxis у 10 пациентов (50%) из 18 кроме деструкции костной ткани в области верхушек корней определили замыкательную кортикальную пластинку дна верхнечелюстной пазухи, что позволило судить о локализации кистозного образования только в области альвеолярного отростка, из них у 8 пациентов (80%) дополнительно были обнаружены тени в виде «купола» или «плюс ткани с фестончатым краем» в нижнем отделе верхнечелюстной пазухи.

У 8 (20%) пациентов из 18 выявили участки деструкции костной ткани, локализованные в области верхушек корней зубов с распространением на бифуркацию и разрушением целостности дна верхнечелюстной пазухи, которые в виде «купола» выбухали в просвет синуса. Это расценивалось как наличие радикулярной кисты, проросшей в верхнечелюстную пазуху.

Поперечные и аксиальные срезы позволяли визуализировать анатомическое расположение апикальных отверстий корней зубов, определить дополнительный корневого канал и оценить качество их пломбирования, что является важным на этапе планирования хирургического лечения.

Заключение. Применение лучевых методов исследования в виде конусно-лучевой компьютерной томографии при локализации патологического процесса в области премоляров и моляров верхней челюсти позволяет точно установить клинический диагноз, определить степень распространенности патологического процесса, оценить качество проведенного эндодонтического лечения «причинных» зубов и, таким образом, правильно определить план хирургического лечения при данной патологии.

Литература.

1. Морозова, О.В. Возможность клинического применения дентального компьютерного томографа EPX-FC (Picasso Pro, «Vatech, E-WOO») в многопрофильной стоматологической клинике / О.В. Морозова // Клиническая стоматология. - 2007. - № 4. - С. 1-2.
2. Морозова, О.В. Использование цифровой объемной томографии в диагностике мицетомы верхнечелюстной пазухи / О.В. Морозова // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. IV. - № 2. – С. 365-367.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИНАМИЧЕСКОЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ДИАГНОСТИКИ **Бойцов И.В.**

*ООО «Спектрально-динамические системы»,
г.Минск, Беларусь*

Введение. В XIX веке доктор Фере (Fere, Франция) проводил исследования по изучению кожного электрического сопротивления. Практически одновременно с ним русский физиолог И.Р. Тарханов изучает кожные электрические потенциалы [3]. Результатом работ указанных авторов является открытие кожно-гальванической реакции, применение которой в современной медицинской практике не потеряло своей актуальности. В XX веке ученые Фолль (Voll, Германия) и Накатани (Nakatani, Япония) исследовали электрическое сопротивление не на всей кожной поверхности тела человека,

а в конкретных кожных проекциях [6, 7]. Результатом исследований стало создание двух основных диагностических направлений, использующихся и по настоящее время в пунктурной рефлексотерапии. Первое направление - электропунктурная диагностика, и второе - сегментарная нейрофункциональная диагностика [2]. Однако с нашей точки зрения, тестирование кожных симпатических реакций способом динамической сегментарной диагностики приближает момент решения фундаментальной проблемы выявления системной (морфологической и функциональной) и межсистемной (нейросоматической – нейровегетативной) организации вегетативного обеспечения организма, что в конечном итоге дает возможность более точно определить место вегетативных дисфункций в общем спектре патологических изменений в организме [1].

Цель работы - теоретическое обоснование и разработка методологических основ динамической сегментарной диагностики, как способа тестирования симпатических реакций кожи человека.

Объекты и методы. Объектом исследования были результаты тестирования кожных симпатических реакций у пациентов с повреждениями периферических нервов, спинного и головного мозга, с патологией сердечнососудистой, бронхолегочной, гепатобилиарной, пищеварительной, мочеполовой, иммунной, нервной, эндокринной систем, опорно-двигательного аппарата, органа зрения, слуха, а также у практически здоровых людей.

Начиная с 1991 года, обследовано более 15000 человек – детей, мужчин и женщин в возрасте от 2 месяцев до 93 лет. Из числа обследованных выделили 6 групп: 1) пациенты, имеющие обширные по объему поражения нейронного аппарата по длинной оси спинного мозга на уровне грудных сегментов (5 пациентов в возрасте от 37 до 55 лет с ишемическим спинальным инсультом и 25 пациентов в возрасте от 31 до 43 лет с выявленной транзиторной спинальной ишемией на фоне вертеброгенной компрессии Адамкевича при паузесегментарном типе кровоснабжения спинного мозга [5], а также пациент в возрасте 32 лет с нижним спастическим парапарезом на фоне радиационной миелопатии грудного отдела); 2) пациенты, имеющие поражение 1-2 сегментов в каком-либо отделе спинного мозга (130 человек с позвоночно-спинномозговой травмой в возрасте от 15 до 46 лет); 3) пациенты, имеющие выпадения поверхностной, болевой и температурной чувствительности на различных участках кожи при радикулопатиях, повреждениях и невропатиях периферических нервов (22 пациента в возрасте 12-76 лет) [4]; 4) пациенты с гемипарезом на фоне нарушений кровообращения в головном мозге (лица с ишемическим инсультом

и преходящими нарушениями кровообращения головного мозга, всего 82 человека в возрасте от 32 до 60 лет); 5) группа практически здоровых людей (67 человек в возрасте от 14 до 29 лет). В шестую группу вошли пациенты с различной степенью поражения висцеральных систем организма, при этом внутри шестой группы отдельно были выделены 12 подгрупп, каждая из которых включает 10 пациентов с однотипной тяжелой и среднетяжелой патологией: 1) пациенты в возрасте от 51 до 60 лет с трансмуральным (крупноочаговым) инфарктом миокарда; 2) пациенты в возрасте от 20 до 40 лет с идиопатической артериальной гипотензией; 3) пациенты в возрасте от 52 до 63 лет со злокачественными новообразованиями легких; 4) пациенты в возрасте от 25 до 38 лет с обострением язвенной болезни 12-типерстной кишки; 5) пациентки в возрасте от 24 до 33 лет с кистой яичника в фазе активного роста; 6) пациенты в возрасте от 29 до 49 лет с синдромом раздраженной толстой кишки; 7) пациенты в возрасте от 58 до 67 лет с циррозом печени; 8) пациенты в возрасте от 45 до 58 лет с гастроптозом; 9) пациенты в возрасте от 35 до 50 лет с дискинезией желчного пузыря по гипотоническому типу; 10) пациенты в возрасте от 41 до 52 лет с острым панкреатитом; 11) пациенты в возрасте от 32 до 53 лет с острым диффузным гломерулонефритом; 12) пациенты в возрасте от 25 до 40 лет с обострением хронического цистита и мочекаменной болезнью.

Заключение. 1) динамическая сегментарная диагностика приближает нас к решению фундаментальной проблемы выявления системной (морфологической и функциональной) и межсистемной (нейросоматической – нейровегетативной) организации вегетативного обеспечения; 2) динамическая сегментарная диагностика является одним из способов тестирования функционального состояния внутренних систем организма и спинномозговых нервов, вегетотрофического обеспечения отдельных участков кожного покрова, состояния меридианной системы человека; 3) в процессе эмбриогенеза закладывается не менее 12 вегетотомов, формирующих первичную вегетативную иннервацию отдельных участков мезо-, энто- и эктодермы; 4) афферентным звеном кожной симпатической реакции являются рецепторы и проводящие пути вегетативной чувствительности.

Литература:

1. Бойцов, И.В. Способ тестирования кожных симпатических реакций и концепция вегетотома / И.В. Бойцов // Медицинский журнал. – 2011. – № 2 (36). – С. 23-27.
2. Бойцов, И.В. Сравнительный анализ инструментальных методов пунктурного тестирования / И.В. Бойцов // Рефлексотерапевт. - 2011. - № 2-3. - С. 54-68.

3. Осипова, Н.В. Метод регистрации кожно-гальванических реакций в клинической анестезиологии: его значение и возможности / Н.В. Осипова // Анестезиология и реаниматология. – 1980. – № 1. – С. 3-9.
4. Полякова, А.Г. Способ диагностики проводимости периферических нервов / А.Г. Полякова, И.В. Бойцов // Заявка на изобретение, приоритетная справка № 2011140021 от 30.09.2011. – М.: Федеральный институт промышленной собственности, 2011. – 5 с.
5. Спинальная ангионеврология: руководство для врачей / А.А. Скоромец [и др.]. – М., 2003. – 607 с.
6. Nakatani, Y. Ryodoraku Akupunktur / Y. Nakatani, K. Yamashyta. – Japan. Tokyo, 1977
7. Voll, R. Topographische Lage der Messpunkte der Elektroakupunktur. Textband I, II, III / R. Voll. – Aufl. Uelzen, 1976.

МЕТОДОЛОГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ

Бойцов И.В.

*ООО «Спектрально-динамические системы»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. В практической медицине около 50% выявленных неврологических синдромов в своей основе имеют поражение позвоночного столба [5]. При этом одной из основных причин дорсопатий является остеохондроз позвоночника [1, 3, 4].

Нарушение вегетотрофического обеспечения тканей позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) на фоне усиления или ослабления симпатoadреналовых воздействий на систему микроциркуляции приводит к развитию тканевой гипоксии в структурных элементах ПДС: фиброзных капсулах межпозвонковых дисков, собственно дисках, связочно-мышечном аппарате. Поэтому изучение состояния сегментарного симпатического отдела вегетативной нервной системы на уровне позвоночно-двигательных сегментов, является необходимым условием эффективной терапии дорсопатий.

Цель работы – обоснование и разработка методологии применения динамической сегментарной диагностики, как способа тестирования кожных симпатических реакций в процессе комплексного обследования пациентов с дорсопатиями.

Объекты и методы. Объектами исследования явились:
1) определение закономерности распределения интенсивности сегментарных кожных симпатических реакций по линии остистых отростков и в паравертебральных зонах у полностью здоровых людей;
2) определение закономерностей изменения интенсивности

сегментарных кожных симпатических реакций по линии остистых отростков и паравертебрально у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника в шейном, грудном и поясничном отделах; 3) теоретическое обоснование результатов проведенного исследования.

Контрольную группу составили 67 полностью здоровых людей (27 мужчин и 40 женщин) в возрасте от 14 до 29 лет. Группу наблюдения составили 316 пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника (165 женщин и 151 мужчин) в возрасте от 17 до 62 лет. Все пациенты в зависимости от неврологических проявлений в том или ином отделе позвоночника были разделены на три подгруппы: первая - 117 пациентов (42 мужчины и 75 женщин) в возрасте от 17 до 55 лет с неврологическими проявлениями на фоне дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника; вторая - 97 человек (47 мужчин и 50 женщин) в возрасте от 23 до 47 лет с неврологическими проявлениями на фоне дегенеративно-дистрофических изменений грудного отдела позвоночника; третья подгруппа - 102 пациента (62 мужчины и 40 женщин) в возрасте от 19 до 62 лет с неврологическими проявлениями на фоне дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника. Общая длительность заболевания составляла от 1-й недели до 20 лет, продолжительность острого болевого синдрома или обострения хронического в сочетании с нейрорефлекторными осложнениями - от одной недели до 8 месяцев. Характер поражения позвоночника устанавливали при помощи лучевых методов исследования (рентгенографии, магнитно-резонансной и компьютерной томографии) и мануального исследования. Тестирование симпатического вегетотрофического обеспечения на сегментарном уровне проводилось методом динамической сегментарной диагностики [2].

Заключение. 1) при дорсопатиях региональные мышечно-тонических синдромы сопровождаются повышением общей интенсивности региональных сегментарных кожных симпатических реакций; 2) для дорсопатий со значительными дегенеративно-дистрофическими изменениями в регионе характерно снижение общей интенсивности региональных сегментарных кожных симпатически реакций; 3) максимальные рефлекторные ответы при мышечно-тонических синдромах фиксируются на сегментарных уровнях позвоночно-двигательных сегментов с функциональными блокадами; 4) минимальный показатель вегетативного обеспечения деятельности рефлекторной кожно-симпатической реакции при значительных

дегенеративно-дистрофических изменениях в регионе фиксируется на уровне ПДС, имеющего патологию - грыжу межпозвонкового диска или спондилолистеза II степени.

Литература.

1. Адуразаков, У.А. Устройство для разгрузки поясничного отдела позвоночника / У.А. Адуразаков, А.У. Сегизбаев, И.Н. Есмембетов // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1989. - № 9. - С. 47-48.
2. Бойцов, И.В. Динамическая сегментарная диагностика (ДСД-тестирование) / И.В. Бойцов // Традиционная медицина. - 2011. - № 2 (25). - С. 19-25.
3. Бурьянов, А.А. Грудной остеохондроз методологические аспекты восстановительного лечения и реабилитации / А.А. Бурьянов. - Киев: Ленвит, 1997. - 328 с.
4. Густов, А.В. Синдром грушевидной мышцы: учеб. пособие / А.В. Густов, К.И. Сигрианский. - Н. Новгород: НГМА, 2001. - 85 с.
5. Ситель, А.Б. Мануальная медицина / А.Б. Ситель. - М.: «Медицина», 1993. - 224 с.

ИНТЕРФЕРЕНЦЭЛЕКТРОПУНКТУРА ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ

Бойцов И.В.

*ООО «Спектрально-динамические системы»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Распространенность вертеброгенных нарушений может сравниться лишь с сердечнососудистыми поражениями, практически около трети взрослого населения имеет те или иные проявления вертеброгенной патологии [1]. При нарушении микроциркуляции в тканях позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) на фоне усиления или ослабления симпатического влияния в зоне ПДС развивается тканевая гипоксия [4]. Поэтому одним из основных условий эффективной патогенетической терапии дорсопатий является восстановление симпатического обеспечения тканей поврежденных ПДС. Консервативные методы в большинстве наблюдений остаются основными для лечения пациентов с вертеброгенной патологией [5].

Цель работы – обоснование и разработка методологии применения интерференцэлектропунктуры в комплексном лечении пациентов с дорсопатиями.

Объекты и методы. В группы наблюдения входили 42 человека с дорсопатиями (25 мужчин и 17 женщин в возрасте от 21 до 43 лет). Все пациенты в зависимости от характера поражения позвоночно-двигательных сегментов были отнесены к первой или второй группе: первая группа – 23 пациента (14 мужчин и 9 женщин) имели функциональные блокады в области ПДС с наличием сегментарных мышечно-тонических синдромов; вторая группа – 19

пациентов (11 мужчин и 8 женщин) имели грыжи межпозвонковых дисков на фоне дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. Характер поражения ПДС определяли на основании данных магнитно-резонансной томографии и мануального исследования. Характер и степень нарушения симпатического обеспечения ПДС определяли по результатам динамической сегментарной диагностики (ДСД-тестирования) [3].

Для восстановления симпатического обеспечения тканей на сегментарном уровне заинтересованного ПДС была использована интерференцтерапия, которая в зависимости от параметров электрического тока, обладает симпатолитическим или симпатостимулирующим действием на глубоко расположенные ткани [2, 4]. При мышечно-тонических синдромах на фоне повышенной интенсивности кожных симпатических реакций (КСР) с целью симпатолитического действия интерференцтерапию проводили с частотами 90-100 Гц, длительность каждой процедуры составляла 10-15 минут. При наличии межпозвонковых грыж на фоне дегенеративно-дистрофических процессов в области ПДС и снижения интенсивности КСР с целью стимуляции вегетотрофического обеспечения тканей ПДС интерференцтерапию проводили с частотами 1-10 Гц, длительность каждой процедуры составляла 5-10 минут. Число процедур, необходимых на курс лечения, и параметры электрического тока определяли по результатам ДСД-тестирования.

Электроды размером 2x3 см устанавливали паравerteбрально справа и слева на уровне остистых отростков на середине расстояния от заднесрединной линии и линии, проведенной вдоль медиального края лопатки (внутренняя ветвь меридиана мочевого пузыря). Верхнюю пару электродов устанавливали на уровне позвонка, расположенного над верхним позвонком заинтересованного ПДС. Нижние электроды устанавливали следующим образом: для поясничного отдела позвоночника – на уровне позвонка, расположенного под нижним позвонком заинтересованного ПДС; для шейного и грудного регионов из-за их анатомических особенностей – на уровне нижнего позвонка заинтересованного ПДС.

Особенностью установки электродов являлось то, что интерференция токов осуществлялась на сегментарном уровне заинтересованного ПДС в центре углубления под остистым отростком его верхнего позвонка в области соответствующей биологически активной точки заднесрединного меридиана.

По нашему мнению, представленный выше подход к интерференцтерапии патологически измененных

позвоночно-двигательных сегментов с установкой электродов с учетом расположения биологически активных точек в области заинтересованного ПДС, может быть обозначен как интерференцэлектропунктура (ИФЭП).

По результатам настоящего исследования при использовании интерференцэлектропунктуры интенсивность сегментарных кожных симпатических реакций, оцениваемая по коэффициентам отклонения показателей вегетативного обеспечения деятельности [3], с достоверностью $p < 0,05$ восстановилась до нормы у всех 23 пациентов первой группы наблюдения и у 17 (89%) пациентов второй группы. Так у 8 (35%) лиц первой группы с мышечно-тоническим синдромом в области заинтересованного ПДС коэффициенты отклонения стали физиологическими после пяти процедур, а у 15 (65%) пациентов этой группы - после 10 процедур. Во второй группе наблюдения у 12 (63%) пациентов с грыжей межпозвонкового диска симпатическое обеспечение тканей заинтересованного ПДС восстановилось до нормы после 10 процедур ИФЭП, у 5 (26%) пациентов этой группы – после 15 процедур, а у 2 (11%) пациентов второй группы после 15-й процедуры интенсивность КСР на уровне заинтересованных ПДС оставалась ниже нормы при коэффициентах отклонения -1,54 и -1,37 соответственно.

Заключение. Интерференцэлектропунктура под контролем динамической сегментарной диагностики в комплексном лечении пациентов с дорсопатиями позволяет с высокой эффективностью восстанавливать вегетативное обеспечение тканей патологически измененных ПДС.

Литература.

1. Антонов, И.П. Профилактика неврологических проявлений поясничного остеохондроза: промежуточные итоги, нерешенные вопросы и некоторые методологические аспекты / И.П. Антонов, Э.В. Барабанова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – Т. 98. - № 12. – С. 4-8.
2. Боголюбов, В.М. Общая физиотерапия / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. – М., СПб, 1997. – 480 с.
3. Бойцов, И.В. Способ определения степени симпатического обеспечения позвоночно-двигательных сегментов / И.В. Бойцов // Заявка на изобретение № 20111321 от 11.10.2011. Положительное решение предварительной экспертизы от 29.12.2011. – Минск: Национальный Центр интеллектуальной собственности, 2011. – 12 с.
4. Бойцов, И.В. Тестирование кожных симпатических реакций у больных с дорсопатиями шейного отдела позвоночника / И.В. Бойцов, А.Г. Полякова // Справочник врача общей практики. – 2012. – № 2.
5. Улащик, В.С. Физиотерапия в современной медицине, ее достижения и перспективы развития / В.С. Улащик // Вопр. курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2003. – №1. – С. 9-18.

ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Брагина Е.Д., Никифорова Л.А.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь*

Введение. Физиотерапевтическая помощь является одним из видов специализированной медицинской помощи, основанной на применении природных и искусственных лечебных физических факторов, активно используемых на всех этапах оказания медицинской помощи населению в государственной системе здравоохранения. В ней нуждается значительная часть пациентов, находящихся как на стационарном, так и на амбулаторном лечении [3]. Своевременное и правильное назначение физиотерапии дает возможность быстро купировать различные проявления патологических процессов в челюстно-лицевой области, а также играет ведущую роль в поддерживающем лечении патологии тканей периодонта и реабилитации пациентов после травматических повреждений зубочелюстной системы [1, 2, 4]. Лечебное и профилактическое использование физических факторов осуществляется в физиотерапевтических кабинетах, отделениях больниц и поликлиник. Физиотерапевтические кабинеты предназначены для проведения основных видов электро-, свето- и теплолечения.

Цель работы - анализ организации физиотерапевтической помощи пациентам, находящимся на амбулаторном стоматологическом лечении.

Объекты и методы. Нормативные документы, регламентирующие организацию работы физиотерапевтического кабинета.

Результаты и обсуждение. Физиотерапевтический кабинет является вспомогательной службой поликлиники. В своей работе сотрудники физиотерапевтического кабинета руководствуются нормативными документами отраслевого стандарта ОСТ 42-21-16-86 «ССБТ отделения, кабинеты физиотерапии, общие требования безопасности», приказами и распоряжениями главного врача, должностной инструкцией, инструкцией по технике безопасности и производственной санитарии, методическими рекомендациями по физиотерапии, правилами внутреннего трудового распорядка.

Руководство работой физиотерапевтического кабинета осуществляется заведующий отделением, главной медицинской сестрой поликлиники, старшей медсестрой отделения, врачом-физиотерапевтом.

Физиотерапевтический кабинет предназначен для квалифицированного проведения различных физиопроцедур и имеет специальное оборудование, инструментарий, инвентарь согласно таблице оснащения.

Врач-физиотерапевт, медицинская сестра физиотерапевтического кабинета организуют и осуществляют приём по графику, утвержденному главным врачом учреждения здравоохранения, внедряют новые методы физиотерапевтического лечения. Допустимо применение апробированных физических методов лечения, обладающих доказанной высокой эффективностью.

Права и обязанности врача-физиотерапевта и медицинской сестры определяются действующими должностными обязанностями.

Врач-физиотерапевт ведет прием пациентов, контролирует правильность назначения физиотерапевтических процедур. Он должен знать механизм действия физических факторов; показания и противопоказания к их применению; методику выполнения, принципы совместимости и последовательности назначения процедур; правила техники безопасности при эксплуатации оборудования физиотерапевтического кабинета.

После консультации пациента, на основании записи лечащего врача в амбулаторной карте, врачом-физиотерапевтом заполняется процедурная карта (форма 044/у «Карта больного, лечящегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)). Врач-физиотерапевт делает соответствующую подробную запись в графе назначений с указанием названия процедуры, зоны воздействия, методики, дозировки и количества процедур. Медицинская сестра ведет учет каждой проведенной процедуры с указанием фактических дозировок физических факторов и продолжительности воздействия. Лечащий врач совместно с врачом-физиотерапевтом обязаны проводить постоянный контроль за реакцией пациента на процедуры, применяя необходимые методы клинических, лабораторных и функциональных исследований с регистрацией результатов в амбулаторной карте. Физиотерапевтические процедуры могут быть отменены врачом-физиотерапевтом и/или лечащим врачом при ухудшении состояния пациента.

Заключение. Организация, структура, объем, содержание работы физиотерапевтического кабинета регламентируются соответствующими нормативными документами. Организационно-штатная структура, аппаратное оснащение и объем работы физиотерапевтического кабинета определяются штатной емкостью и медицинским профилем учреждения.

Литература.

1. Ефанов, О.И. Физиотерапия стоматологических заболеваний / О.И. Ефанов, Т.Ф. Дзанагова. – М.: «Медицина», 1980. – 296 с.
2. Дифференцированное применение физиотерапии в комплексном лечении болевых синдромов лица и полости рта / Л.Г. Турбина [и др.]. // Рос. стоматол. журн.. - 2000. -№3. - С. 26-28.
3. Улащик, В.С. Общая физиотерапия / В.С. Улащик, И.В. Лукомский. – Минск: Интерпрессервис; Книжный Дом, 2003. – 512 с.
4. Физиотерапия в периодонтологии: принципы, показания и противопоказания: учеб.- метод. пособие / Л.Н. Дедова [и др.]. - Минск: БГМУ, 2007. - 36 с.

**ЦВЕТНАЯ И СТАНДАРТНАЯ СОНОГРАФИЯ
И КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
ПЛЕОМОРФНЫХ АДЕНОМ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
Быкова А.А., Кондрашин С.А., Кобликов В.В., Сапожкова Л.П.,
Дробышев А.Ю.**

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова», ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»,
г. Москва, Россия*

Введение. Частота объемных образований больших слюнных желез достигает 7% от всех заболеваний челюстно-лицевой области [1]. Из них плеоморфные аденомы составляют от 50-65,7% [1, 2, 3, 5]. Диагностика данной патологии вызывает некоторые трудности в связи с однотипностью клинических и инструментальных диагностических признаков. В связи с этим частота ошибок при диагностике варьирует в пределах от 7% до 46% [1, 3, 4].

Цель работы - совершенствование способов диагностики и дифференциальной диагностики плеоморфных аденом (ПА) больших слюнных желез при помощи комплексной сонографии и неконтрастной компьютерной томографии (КТ).

Объекты и методы. Обследовано 143 пациента с опухолями больших слюнных желез, в том числе 103 женщины и 40 мужчин. Всем пациентам выполнена стандартная и цветная доплеровская сонография и 64 пациентам - КТ слюнных желез. Сонографию осуществляли по стандартной методике на аппарате Toshiba-SSH 140A. Неконтрастная КТ слюнных желез осуществлялась на сканерах LightSpeed (General Electric, США) и Tomoscan LX (Philips, Германия) в аксиальной проекции, время сканирования 2-5 с, шаг 5 мм, толщина среза 3 мм.

Результаты. Выявлено 78 плеоморфных аденом (ПА). Причём 56 из них были локализованы в околоушных слюнных железах. При стандартной сонографии ПА в 46 наблюдениях (82,2%) определялись как овальные или круглые гипоэхогенные образования с четкими

контурами и неоднородной структурой. ПА диаметром до 1 см. имели гомогенную структуру, а более 1 см. – негомогенную за счёт участков геморрагий и разряжений. При проведении цветовой доплеровской сонографии слабая (0 и +) степень васкуляризации и периферический рисунок артериального кровотока наблюдались у 74 пациентов (94,9%) ПА. Пиковая систолическая скорость варьировала от 13,2 до 41,4 см/с., диастолическая - 6,0 см/с. Результаты сонографии представлены в табл. 1. Результаты неконтрастной КТ представлены в табл. 2.

Таблица 1

Характерные сонографические признаки 78 плеоморфных аденом больших слюнных желез

Параметры образования	Железа, n(%)		
	ОУЖ (56)	ПНЧЖ (22)	p
Структура неоднородная гипозоногенная	46(82,2)	22(100)	<0,05
Усиление дистального эхосигнала	52(92,8)		<0,05
Наличие питающей артерии	56(100)	22(100)	>0,05
V max (см/с)	22,0±3,7	24,0±5,7	>0,05
V min (см/с)	6,0±2,4	7,0±4,6	>0,05
ИС	0,73±0,03	0,71±0,04	>0,05

Примечание: в табл.1 и 2. ОУЖ - околоушная слюнная железа, ПНЧЖ - подчелюстная слюнная железа.

При компьютерной томографии ПА околоушной железы имеет вид одиночного узла повышенной плотности (M.=29,6±4,2ед.Н), округлой формы, с чёткими границами и ровными контурами в 44 наблюдениях (93,6%). Средний размер опухоли достигал 2,9±0,9 см. При расположении в глубокой доле - до 5 см.

Таблица 2

Характерные КТ-признаки 64 плеоморфных аденом больших слюнных желез

Параметры образования	Железа, n(%)	
	ОУЖ (47)	ПНЧЖ (17)
Плотность опухоли, в ед.Н	29,6±4,2	41,2±5,7
Плотность паренхимы, в ед.Н	16,4±5,2	41,2±5,7
Структура:		
Однородная	22(46,8)	13(76,5)
Неоднородная	25(53,2)	4(23,5)
Контур:		
Ровные	44(93,6)	4(23,5)
Неровные	3(6,4)	13(76,5)
Границы:		
Четкие	44(93,6)	4(23,5)
Нечеткие	3(6,4)	13(76,5)
Размеры, см	2,9±0,9	3,6±1,3

Плотность ПА поднижнечелюстных слюнных желез не имели четких границ, опухоль от железы, плотность опухоли соответствовала плотности паренхимы. При этом отмечалось достоверное увеличение размеров железы.

Комплексная сонография при выявлении ПА продемонстрировала чувствительность 100%, специфичность 96,3%, точность 97,6%, а КТ- 97,6, 96,4, 97,6%, соответственно.

Заключение. Анализ обследования пациентов свидетельствует, что ведущим методом визуализации является комплексная сонография, позволяющая четко выявить размер, структуру, форму, характер и степень кровоснабжения опухоли. Для оценки опухоли диаметром более 3 см, следует применять КТ, точно оценивающую объем, структуру опухоли, состояние соседних анатомических структур. Однако для дифференциальной диагностики опухолей необходимо применять морфологические методы исследования.

Литература.

1. Юдин, Л.А. Лучевая диагностика заболеваний больших слюнных желез / Л.А. Юдин, С.А. Кондрашин. – М.: Видар, 1995.
2. Am. Color Doppler Sonography of Salivary Glands / С. Martinoli [et.al.]. // J. Roentgenol. – 1994. – Vol. 163. – P. 933-941.
3. Bialek, E.J. Role of Ultrasonography in Diagnosis and Differentiation of Pleomorphic Adenomas / E.J. Bialek, W. Jakubowski, G. Karpinska // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. - 2003. – Vol. 129. – P. 929-933.
4. Gritzmann, N. Sonography of the salivary glands / N. Gritzmann // Am. J. Roentgenol. – 1989. – Vol. 153. – P. 161-166.
5. Yousem, D.M. Major salivary gland imaging. / D.M. Yousem, M.A. Kraut, A.A. Chalian // Radiology. – 2000. – Vol. 216. – P. 19-29.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ БОЛИ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ БОЛЕЗНЕННЫМИ МЫШЕЧНЫМИ УПЛОТНЕНИЯМИ В ВИСОЧНОЙ МЫШЦЕ

**Василевский С.С., Сиваков А.П., Манкевич С.М.,
Подсадчик Л.В.**

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Болезненные мышечные уплотнения (БМУ) в височной мышце, как правило, приводят к головной боли в обширной части височной области и вдоль надглазничного края, а так же во всех зубах верхней челюсти. Особенность локализации болевого синдрома зависит от расположения БМУ в той или иной части височной мышцы. Боль от БМУ локализованных в передней группе волокон мышцы распространяется вдоль надглазничного края и вниз на верхние резцы

(рис. 1а). БМУ локализованные в глубине средней группы волокон височной мышцы могут вызывать боли в верхней челюсти (рис. 1б) [2].

Цель исследования - уточнить клинические особенности болезненных мышечных уплотнений в височной мышце. Разработать методику рефлексотерапии и оценить ее эффективность в лечении данной патологии.

Объекты и методы. Обследовано и пролечено методом рефлексотерапии 6 пациентов. Из них 4 мужчин и 2 женщины в возрасте от 28 до 40 лет. Все пациенты отмечали умеренный болевой синдром.

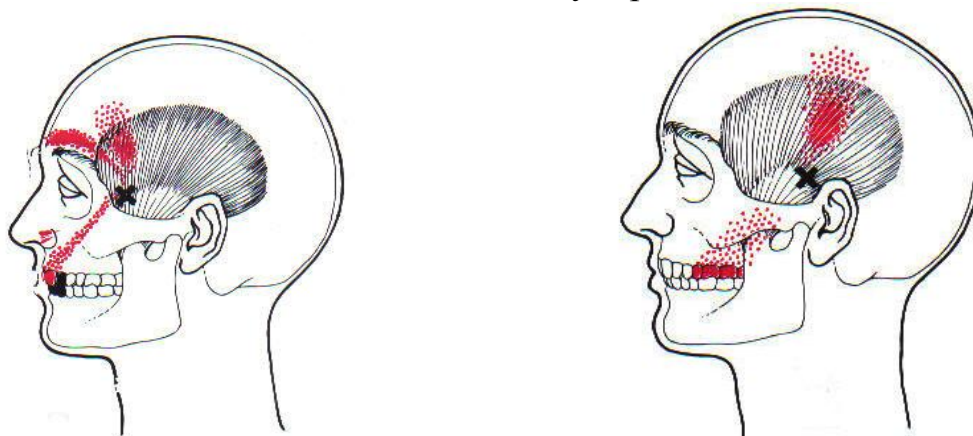


Рис. 1 Схема локализации боли от БМУ:
а – в передней группе волокон височной мышцы.

б – в глубине средней группы волокон височной мышцы.

У трех пациентов главной жалобой была не головная боль, а боль в зубах верхней челюсти и их повышенная чувствительность. При неактивных, латентных БМУ максимальная величина открывания рта составляла 10–15 мм и обычное движение челюсти не вызывало боль, но пациенты обращали внимание врача на изменившийся прикус.

Болезненные мышечные уплотнения могут формироваться при прямой травме височной мышцы при ударе мячом или автомобильной аварии, длительном вынужденном положении нижней челюсти во время обширной стоматологической процедуры в полости рта, длительной тракции шеи при которой иммобилизованы сомкнутые челюсти, интенсивном жевании резинки и т. д. [3]. Частота возникновения болезненных мышечных уплотнений в височной мышце, по данным различных авторов, стоит на втором или третьем месте после жевательной и латеральной крыловидной мышц [2, 3].

При проведении пальпации БМУ рот пациента должен быть фиксирован в слегка открытом положении. Так как при сомкнутых челюстях височная мышца полностью укорочена, что затрудняет выявление уплотнений, поскольку они становятся менее ощутимы

и менее болезненны. Наиболее удобно фиксировать рот в приоткрытом положении с помощью горизонтально вставленного между резцами картонного цилиндра (рис. 2а).

Результаты. Первую процедуру рефлексотерапии целесообразно начинать с отдалённых точек: E36 (цзу-сань-ли), VB34 (ян-линь цюань) и TR5 (вай-гуань) поскольку ход каналов приведённых точек на голове локализуется в области височной мышцы [1]. Следующие процедуры рекомендуется проводить на голове. Особенность их заключается в том, что одной иглой раздражаются одновременно две и более точек (рис. 2б).

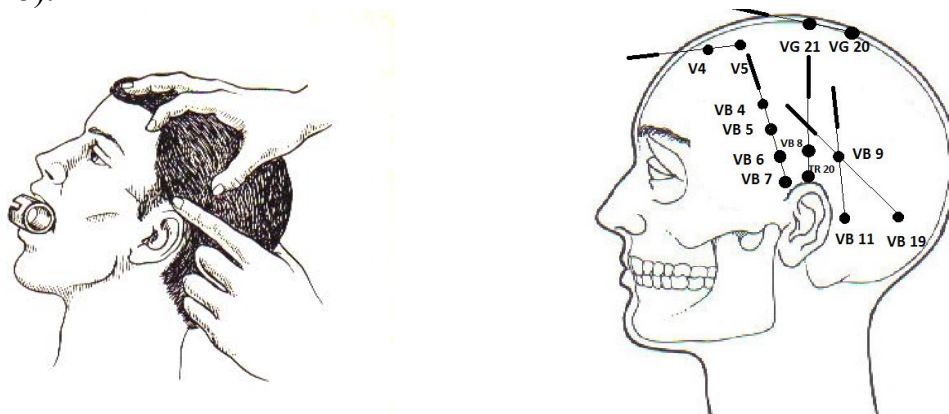


Рис. 2 а – методика пальпации БМУ височной мышцы;

б – локализация точек акупунктуры на голове для лечения БМУ височной мышцы.

На второй процедуре игла вводится из точки VG21(цянь-дин) в точку VG20 (бай-хуэй). Следующая процедура проводится на обеих сторонах, игла вводится из точки V4 (цюй-ча) в точку V5 (у-чу). Четвертая процедура проводится симметрично, игла вводится из точки VB9 (тянь-чун) в точку VB11 (тоу-цяо-инь). На пятой процедуре иглы вводятся из точки VB8 (шуай-гу) в точку TR20 (цзяо-сунь). На шестой процедуре иглы вводятся симметрично подкожно от точки VB4 (хань-янь) через точки VB5 (сюань-лу), VB6 (сюань-ли), к точке VB7 (цюй-бинь) [4]. Седьмая процедура проводится так же симметрично, иглы вводятся от точки VB9 (тянь-чун) к точке VB19 (нао-кун). Восьмая процедура повторяет первую. Используется тормозный вариант воздействия. Если на первых пяти процедурах динамика лечения достаточно хорошая, то шестую и седьмую процедуру можно не проводить. В результате лечения боль купировалась у 50% пациентов. У 3 пациентов боль уменьшилась до слабой степени выраженности.

Литература.

1. Сиваков, А.П. Топографическая анатомия точек акупунктуры конечностей: учебно-методическое пособие / А.П. Сиваков, В.П. Юрченко. – Минск: ПК ООО Макбел, 2010. – 224 с.

2. Тревелл, Д. Миофасциальные боли: Т. 2: Пер. с англ. / Д. Тревелл, Д. Симонс. – М.: Медицина, 1989. – 608 с.
3. Фергюсон, Л.У. Лечение мифасциальной боли. Клиническое руководство / Л.У. Фергюсон, Р. Гервин; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 544 с.
4. Liu Yan. Diagrams of Acupuncture Manipulation / Liu Yan. – Shanghai scientific & technical publishers. Shanghai, 2007. – 200 p.

ПРОЯВЛЕНИЕ ПАРЕСТЕЗИИ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА В ПЕРИАПИКАЛЬНУЮ ОБЛАСТЬ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Вилькицкая К.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Повреждения нижней челюсти часто приводят к травматизации сосудисто-нервного пучка, что сопровождается потерей болевой, тактильной и температурной чувствительности кожи и слизистой оболочки, а также чувствительности зубов нижней челюсти в зоне иннервации. Наиболее частая причина травмы периферических ветвей – стоматологические манипуляции в полости рта: удаление зубов, дефекты пломбирования корневых каналов зубов в виде избыточного введения пломбировочного материала в корневой канал, оперативные вмешательства на нижней челюсти. При проведении неврологического обследования, как правило, определяется изменение чувствительности в челюстно-лицевой области, которое, характеризуется относительной четкостью границ и стойкостью.

Цель работы – определить вероятность развития парестезии в зависимости от локализации инородного тела (пломбировочного материала) в теле нижней челюсти.

Объекты и методы. В архиве УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска проанализировано 20 медицинских карт стационарных пациентов с токсическим повреждением третьей ветви тройничного нерва, инородным телом нижней челюсти. По данным объективного осмотра у всех пациентов регистрировалась парестезия.

В амбулаторных условиях было обследовано 10 пациентов с диагнозом инородное тело альвеолярного отростка тела нижней челюсти с целью уточнения диагноза токсического повреждения нижнего альвеолярного нерва и выявления одного из признаков данного патологического процесса - парестезии в зоне иннервации при локализации пломбировочного материала в проекции жевательной группы зубов. Производили оценку степени парестезии кожного покрова челюстно-лицевой области (И.О. Походенько-Чудакова, Ю.М. Казакова, Е.А. Авдеева, 2009).

Определение локализации пломбировочного материала осуществляли на основании результатов лучевых методов исследования.

Результаты. Анализ архивного материала позволил установить, что у 15 (75%) пациентов инородное тело рентгенологически определялось в проекции с. mandibularis, в 2 наблюдениях в проекции ментального отверстия. У 3 пациентов пломбировочный материал располагался в альвеолярном отростке нижней челюсти.

Согласно данным клинического обследования при выведении значительного количества пломбировочного материала за пределы корневого канала жевательной группы зубов нижней челюсти по направлению к нижнечелюстному каналу у 5 пациентов констатировали парестезию в зоне иннервации третьей ветви тройничного нерва, а именно, кожи подбородочной области и нижней губы соответствующей стороны. Установлено, что у 5 обследованных при рентгенологически подтвержденном наличии инородного тела альвеолярного отростка нижней челюсти в исследуемой области нарушений чувствительности не определялось.

Заключение. Развитие парестезии как проявления токсического повреждения нижнего альвеолярного нерва возможно при выведении пломбировочного материала в периапикальную область без непосредственного проникновения инородного тела в с. mandibularis, что объясняется распространением токсичных веществ через каналы остеонов.

ПРОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Воловар О.С., Крыжановская О.А.

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца
г. Киев, Украина*

Введение. Несмотря на развитие новых методов диагностики и лечения, проблема неуклонного роста и прогрессирования хронических заболеваний почек (ХЗП) у трудоспособного населения Украины является актуальной [1].

Метаболические нарушения, возникающие на фоне ХЗП, изменения водно-электролитного и кислотно-основного гомеостаза, фосфорно-кальциевого обмена приводят к неизбежному развитию патологии опорно-двигательного аппарата [3]. У пациентов с ХЗП после длительного состояния гипокальциемии, вторичного гиперпаратиреоза, метаболического ацидоза и пониженного всасывания кальция

в кишечнике развивается вторичный остеопороз и остеопения, что характерно и для костной ткани челюстно-лицевой области [2].

Цель работы - обследование челюстно-лицевой области пациентов с ХЗП, оценка их стоматологического статуса и состояние кальций-фосфорного обмена.

Объекты и методы. Проведено обследование 25 пациентов (13 мужчин и 12 женщин) с ХЗП, средний возраст которых $38,5 \pm 6,0$, находившихся на лечении в Центре нефрологии и гемодиализа (КМКЛ № 3) г. Киева. Осмотр проводили по классической схеме обследования стоматологических пациентов (жалобы, анамнез заболевания и жизни, объективное исследование, ортопантомография с обзором головок нижней челюсти, рентгенография височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) по методике Парма (с открытым ртом). Исследовали содержание в крови общего и ионизированного кальция, фосфора, паратиреоидного гормона.

Результаты. Пациенты жаловались на кровоточивость дёсен, подвижность зубов, неприятный запах изо рта, наличие кариозных полостей, периодическую боль в зубах, ограничение движений нижней челюсти и затрудненное жевание твердой пищи.

Из анамнеза жизни выяснено, что пациенты болеют ХЗП той или иной степени на протяжении от 3 до 5 лет.

У 25 (100%) пациентов обнаружены кариозные полости в зубах, у 22 ($88 \pm 6,5\%$) лиц выявлены признаки генерализованного пародонтита: подвижность зубов I-II степени, оголение их шеек, пародонтальные карманы глубиной 1-3 мм, частичная гиперемия десневых сосочков, кровоточивость десен при пальпации. Диагностированы патологические виды прикуса и дефекты зубных рядов у 8 ($32 \pm 9,3\%$) пациентов. Слизистая оболочка полости рта у большинства обследованных была отёчна, пастозна. Открывание рта у 21 ($84 \pm 7,3\%$) пациентов было ограниченным, отмечался хруст в ВНЧС.

На ортопантомограммах и рентгенограммах ВНЧС, выполненных по методике Парма, выявлено преимущественно горизонтальная резорбция гребня альвеолярного отростка обеих челюстей, лизис межзубных и межкорневых перегородок той или иной степени, скрытые кариозные полости, очаги хронической одонтогенной инфекции. Форма головок правого и левого ВНЧС была изменена, структура костной ткани нарушена, её плотность снижена, выявлены нечёткие, неровные контуры головок.

Показатели содержания кальция и фосфора крови характеризовались повышением уровня ионизированного кальция и понижением фосфора у 24 ($96 \pm 3,9\%$) пациентов, уровень

паратиреоидного гормона в сыворотке крови был повышен у 18 (72±9,0%) обследованных.

Заключение. Полученные данные позволяют предположить, что у пациентов с ХЗП присутствует нарушение минерального обмена костной ткани челюстно-лицевой области, которое клинически проявлялось наличием кариеса, генерализованного пародонтита и остеоартроза ВНЧС.

Литература.

1. Дядык, А.И. Хроническое заболевание почек – глобальная медицинская и социальная проблема / А.И. Дядык // Новости медицины и фармации. – 2009. - № 297. – С. 6-7.
2. Мазур, І.П. (2011) Метаболічні хвороби кісткової тканини / І.П. Мазур // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2011. -№ 1. – С. 20-24.
3. Хронічна ниркова недостатність / Л.А. Пиріг [та ін.]. – Київ: «Аврора плюс», 2004. - 96 с.

СПОНТАННАЯ НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Гриценок В.А., Сокол И.Г.

*УЗ «25-я Центральная районная городская поликлиника
Московского района»,
г. Минск, Беларусь*

Назальная ликворея – истечение цереброспинальной жидкости (ликвора) из полости черепа вследствие повреждения костей основания черепа и твердой мозговой оболочки. По МКБ-10 имеет шифр G 96.0 истечение цереброспинальной жидкости (ликворея).

Первые упоминания о назальной ликворее описаны в литературе XVII века голландским хирургом Бидло Старшим. В 1899 году С. Томпсоном было представлено 20 клинических наблюдений спонтанной назальной ликвореи. Число пациентов с назальной ликвореей в последнее время неуклонно растет. Наибольшую опасность представляют внутричерепные осложнения, возникшие вследствие назальной ликвореи. По данным M.L. Durand et al., (1993) до 20% гнойных менингитов вызваны инфицированием полости черепа через ликворный свищ. Смертность в подобных ситуациях составляет от 25 до 50%.

Скудность симптоматики назальной ликвореи и схожесть её с другими ЛОР-заболеваниями (аллергический, нейро-вегетативный риниты и т. д.) приводят к ошибочной диагностике заболевания, назначению неадекватного лечения, что может приводить к развитию внутричерепных осложнений. Клиника проявления заболевания, кроме истечения спинномозговой жидкости из полости носа, характеризуется

рядом неспецифических симптомов: головной болью непостоянного характера, слабостью, астенизацией.

Чаще всего причинами риноликвореи являются черепно-мозговые травмы, так, по данным специальной литературы назальная ликворея обусловлена черепно-мозговой травмой (ЧМТ) приблизительно в 80-90% наблюдений [1]. Количество травм в мирное время в течение последних лет имеет четкую тенденцию к росту. Ликворная фистула локализуется чаще всего в области ситовидной пластинки решетчатой кости [3]. Это связано с малой прочностью ситовидной пластинки, тесным её взаимоотношением оболочек мозга с перфорацией и обонятельными волокнами.

Грубые хирургические манипуляции в полости носа и околоносовых пазух также могут являться причиной риноликвореи. Кроме того, в последние годы в связи с появлением новейших медицинских технологий нейрохирурги стали более радикально удалять новообразования полости черепа и смежных с ними структур (околоносовых пазух), поэтому свою актуальность приобрел вопрос профилактики и лечения назальной ликвореи ятрогенного генеза [5].

Отдельную группу составляют пациенты со спонтанной назальной ликвореей, развитие которых может быть вызвано патологическим процессом воспалительного, дегенеративного, опухолевого и дисэмбриогенетического генеза головного мозга и черепных костей. С каждым годом увеличивается число пациентов с остеопорозом [2], а также одной из причин спонтанной назальной ликвореи является опухолевый процесс. Существует мнение о том, что спонтанная назальная ликворея является патогномичным симптомом опухоли мозга.

Дискуссионным остается вопрос диагностики заболевания. На сегодняшний день не существует четкого алгоритма диагностических мероприятий. В доступной специальной литературе и среди собственных наблюдений имеются факты ошибок в диагностике назальной ликвореи, ставшей причиной развития гнойных внутричерепных осложнений.

Невнимательное отношение к своему здоровью со стороны пациентов, которые не понимают, что секретом из носа может быть ликвор и не обращаются к оториноларингологу с соответствующими жалобами. На амбулаторном приеме у оториноларинголога отсутствует настороженность, при диагностике хронических вазомоторных и аллергических ринитов и назальной ликвореи. Не выполняется биохимический анализ носового отделяемого. Современные лучевые методы исследования из-за их малой доступности откладываются на

длительный срок, что недопустимо учитывая опасность внутричерепных осложнений связанных с запоздалой диагностикой назальной ликвореи в амбулаторных условиях.

В проблеме хирургического лечения назальной ликвореи остается много нерешенных вопросов. Одним из основных является далеко не стопроцентная эффективность хирургических методик закрытия ликворного свищевого хода, число рецидивов заболевания по данным специальных источников информации варьирует в пределах от 15 до 25% [4].

Кроме того, послеоперационное ведение пациентов данной категории также имеет свои особенности, а именно - далеко не всегда производится мониторинг показателей давления ликвора и мероприятия, направленные на нормализацию ликворообращения. Проблему хирургического лечения назальной ликвореи нельзя назвать полностью решенной. И в специальной литературе встречаются пациенты, перенесшие неоднократные хирургические вмешательства на основании черепа без существенного клинического эффекта [4].

До настоящего времени не существует единого мнения по вопросу послеоперационного ведения таких пациентов, сроков их временной нетрудоспособности, рекомендаций по труду, что требует дальнейших исследований и поиска адекватных и эффективных решений обозначенных вопросов в этой области медицины, находящейся на границе двух специальностей - оториноларингологии и нейрохирургии.

Цель работы - обратить внимание оториноларингологов амбулаторного звена на диагностику истечения цереброспинальной жидкости при дифференциальной диагностике хронических ринитов, определить тактику по отношению к дальнейшему обследованию и лечению пациентов данной категории.

Объекты и методы. В УЗ «25 Центральная районная городская поликлиника Московского района» г. Минска под медицинским наблюдением находится 59500 человек.

Результаты. С июня 2011 года по декабрь 2011 года выявлено 3 факта назальной ликвореи (две женщины и один мужчина). У мужчины имелась неврологическая патология, приводящая к нарушению ликворообращения. У мужчины отделяемое из носа отмечалось периодически. Он был направлен на консервативное лечение к неврологам. Пациентки обратились с жалобами на постоянно «капающее» водянистое отделяемое из одной половины носа при наклоне головы. Женщины жаловались на периодические головные боли, слабость, астению. Из анамнеза было установлено, что они не имели травм и неврологических заболеваний. Предварительно данные

пациентки с указанными жалобами обращались в другие учреждения здравоохранения, где им были выставлены диагнозы: вазомоторного и аллергического ринита. Назначены топические глюкокортикостероиды (назонекс, фликсоназа) от применения которых выделения из носа стали ещё более обильными, а общее самочувствие ухудшилось. Всем пациентам предложено собрать в течение суток выделения из носа во флакон (около 1 мл.), на биохимический анализ. В лабораторных условиях в секрете определили уровень глюкозы (в обычных условиях в носовых секретах глюкоза отсутствует), что стало основанием для постановки диагноза спонтанной назальной ликвореи в амбулаторных условиях. В срочном порядке женщины направлены в УЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Минска для консультации нейрохирургов, где им проведены обследования с применением компьютерной томографии околоносовых пазух и полости черепа, компьютерной и магнитно-резонансной цистернографии. Были выявлены ликворные фистулы в области ситовидной пластинки решётчатой кости. Обоим пациенткам выполнена транскраниальная операция, трепанация в лобной области с пластическим закрытием ликворной фистулы со стороны полости черепа. Пациентки после лечения направлены нейрохирургами под наблюдение оториноларингологам поликлиники, но рекомендаций по поводу амбулаторного послеоперационного лечения и дальнейших обследований и наблюдения пациентов данной категории на современном этапе нет, так как причина спонтанной ликвореи не выяснена. Владея данными специальной литературы можно предположить, что данные факты могут быть предвестниками опухолей головного мозга. Таких пациентов необходимо наблюдать ещё и потому, что возможны рецидивы после хирургического лечения от 15% до 25% наблюдений.

Российские нейрохирурги в ранний послеоперационный период у пациентов с назальной ликвореей рекомендуют проводить мероприятия, направленные на нормализацию ликворного давления. Пациенты должны находиться на динамическом наблюдении у нейрохирургов или неврологов, с периодическим (1 раз в год) лучевым контролем, с целью снижения риска рецидива назальной ликвореи.

Заключение. Необходимо иметь настороженность оториноларингологам амбулаторного звена при постановке диагноза хронического ринита. Дифференцировать ринорею с назальной ликвореей методом исследования назального секрета на глюкозу.

Места для консультации нейрохирургов или отоневрологов в г. Минске должно быть оснащено оборудованием компьютерным

томографом и магнитно-резонансным томографом для срочной диагностики пациентов с назальной ликвореей.

Имеется необходимость диалога нейрохирургов клиник, неврологов и оториноларингологов поликлиник для определения преимущества наблюдения в послеоперационный период у пациентов со спонтанной назальной ликвореей, а также выбора последующих диагностических мероприятий и дачи рекомендаций по труду для данной группы пациентов.

Литература.

1. Лебедев, В.В. Диагностика ликвореи в остром периоде ЧМТ / В.В. Лебедев, В.А. Карамышев // Хирургия. - 1985. - № 11. - С. 34-37.
2. Родионова, С.С. Остеопороз: патогенез, диагностика и лечение / С.С. Родионова, Л.Я. Рожинская, Е.И. Марова // Региональная организация врачей и ученых по изучению проблем, связанных с остеопорозом. - М., 1997. - С. 1-11.
3. Шеврыгин, Б.В. Синусит у детей и взрослых / Б.В. Шеврыгин. - М.: «Медицина», 1998. - 256 с.
4. Briggs, R.J. Endoscopic transnasal intradural repair of anterior skull base cerebrospinal fluid fistulae / R.J. Briggs, P.J. Wormald // J. Clin. Neurosci. - 2004. Vol. 11 (6). - P. 597-599.
5. Choi, D. Traumatic cerebrospinal fluid leakage: risk factors and the use of prophylactic antibiotics / D. Choi, R. Spann // Br. J. Neurosurg. - 1996. - Vol. 10 (6). - P. 571-575.

РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Гунько В.И., Труфанов В.Д.

*Российский Университет дружбы народов,
г. Москва, Россия*

Введение. Новообразования, развивающиеся из мягких тканей полости рта, идентичны опухолям других областей, но имеют и свои особенности, связанные с их специфической локализацией. Среди них большинство составляют доброкачественные опухоли, злокачественные встречаются менее, чем в 1% наблюдений. Пациенты с доброкачественными новообразованиями полости рта составляют 4,9% от общего числа хирургических пациентов. Опухоли чаще обнаруживаются на слизистой оболочке нижней губы, альвеолярном отростке и языке, реже в подъязычной области, на верхней губе, в области твёрдого и мягкого нёба. Наибольшее число опухолей полости рта, как установлено, происходит из эпителиальной ткани - 18,6%, опухолеподобные образования составляют 81,4%, опухоли из соединительной ткани - 23,6% опухолей [2].

В настоящее время интерес исследователей всего мира направлен на поиск новых атравматичных методов лечения данной патологии,

несмотря на широкий арсенал приборов, и методов, используемых в малоинвазивной хирургии. По нашему мнению, наиболее оптимальным, атравматичным, обеспечивающим наибольший косметический эффект является радиоволновой хирургический прибор «Surgitron Dento–Surg» [1, 3, 4, 5, 6].

В хирургической практике аппарат «Surgitron Dento–Surg» применяют в следующих режимах:

- «разрез» - обеспечивает раздвижение тканей в отличие от других методик, разрушающих ткань. Особенностью радиоволны является узконаправленность и отсутствие разогревания параллельных слоев клеток, поскольку сам электрод остается холодным, что чрезвычайно важно, так как не вызывает ожога окружающих тканей и способствует хорошему заживлению раны;

- «разрез и коагуляция» - позволяет проводить контроль кровотечения, ограничиваясь при этом только поверхностными участками – там, где это необходимо, без глубокого разрушения тканей;

- «коагуляция» - контролирует все формы кровотечения;

- «фульгурация» - волна искрового промежутка (от латинского слова Fulgur - молния) используется с целью гемостаза, при кровотечениях из более крупных сосудов. При фульгурации рекомендуется держать электрод на небольшом расстоянии от точки приложения, чтобы создать подобие электрической дуги, которая вызывает мгновенную дегидратацию ткани, чем и объясняется хороший коагулирующий эффект.

Изобретение радиоволновых инструментов, благодаря их щадящему отношению к биологическим тканям, позволило выполнять многие операции в качественно новых условиях, не опасаясь некроза краёв раны и её нагноения, работать в практически «сухом операционном поле» и иметь возможность рассекать ткани в любом направлении и на любую заданную глубину. Кроме того, отсутствие необходимости коагуляции мелких сосудов в процессе хирургического вмешательства, стерилизующее действие радиоволны, гладкий послеоперационный период и заживление раны без грубого рубцевания делают радиоволновую хирургию экономически выгодной, так как позволяют сократить время вмешательства, уменьшить расход средств для общего обезболивания и длительность реабилитационного периода.

Цель работы – обосновать целесообразность применения радиоволновой хирургии в лечении пациентов с новообразованиями и заболеваниями мягких тканей полости рта.

Объекты и методы. Под наблюдением находилось 108 пациентов с различными мягкоткаными образованиями в полости рта, которым

проводилось хирургическое лечение с использованием радиоволнового хирургического прибора «Surgitron Dento–Surg».

Заключение. Все указанное выше, позволяет говорить о том, что применение радиоволнового хирургического прибора «Surgitron Dento–Surg»: 1) обеспечивает хороший обзор операционного поля на всех этапах выполнения хирургического вмешательства; 2) позволяет контролировать кровотечение любой степени; 3) сокращает время операции; 4) предотвращает инфицирование операционной раны; 5) сводит к минимуму длительность послеоперационного дискомфорта; 6) различные режимы работы «Surgitron Dento-Surg» существенно расширяют возможности челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-хирургов; 7) прибор можно использовать с хорошими лечебными и косметическими эффектами не только в хирургической стоматологии, пародонтологии и имплантологии, но и в челюстно-лицевой хирургии.

Литература.

1. Дорофеева, Е.И. Использование радиоволнового прибора «Surgitron Dento – Surg» в детской хирургической поликлинике / Е.И. Дорофеева, О.З. Топольницкий, В.Д. Труфанов // Материалы II Всерос. науч.-практ. конф. «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». – М., 2006. – С. 196-197.
2. Карапетян, И.С. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи / И.С. Карапетян, Е.Я. Губайдуллина, Л.Н. Цегельник. - М.: МИА, 2004, С. 99–111.
3. Epithelial and connective tissue healing following electrosurgical incisions in human gingival / K.L. Kalkwarf [et al.]. // J. Oral Maxillofac. Surg. – 1983. – Vol. 41. – P. 80-85.
4. Sherman, J.A. Oral Radiosurgery: An ustrated Clinical Guid. - Martin Dunits: London, England, 1997.
5. Sherman, J.A. Radiosurgery: the safe, indispensable technology in dentistry / J.A. Sherman // Gems Update. – 2001. – Spring. – P. 19-21.
6. Shuman, I.E. Bipolar versus monopolar electrosurgery: clinical applications / I.E. Shuman // Dent. Today. – 2001. – Vol. 20. – P. 74-81.

ИЗМЕНЕНИЯ В КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТИ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ МАГНИТОФЕРЕЗА КАЛЬЦИЯ ЛАКТАТА

Гулько И.И., Гулько Т.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. В лечении зубочелюстных аномалий и деформаций сформированного прикуса достигнуты определенные результаты [1, 4], однако данная проблема остаётся актуальной. Так как зубочелюстные аномалии у взрослых сопровождаются значительными эстетическими и функциональными нарушениями, создают условия для развития

кариеса, заболеваний периодонта и височно-нижнечелюстного сустава, неблагоприятно влияют на психоневрологический статус, затрудняют протезирование зубов и зубных рядов. Сроки ортодонтического лечения у таких пациентов длительны, в течение заболевания нередки рецидивы. Стремясь к сокращению сроков лечения зубочелюстных аномалий и получению хороших результатов, по мнению многих авторов, особое внимание необходимо уделять ретенционному периоду как одному из важных этапов ортодонтического лечения, поскольку он обеспечивает стабильные результаты и положительный прогноз [1, 4]. Для оптимизации процессов перестройки костной ткани в области перемещённых зубов применяются физические и физико-фармакологические методы [2, 3, 4]. По нашему мнению, весьма перспективным в этом отношении будет сочетанное использование магнитного поля и кальция лактата.

Цель работы - изучить влияние магнитофореза кальция лактата на костную ткань челюсти животных в ретенционном периоде моделируемого ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий.

Объекты и методы. Для достижения определённой цели проведены опыты на 16 кроликах породы «Шиншилла» в возрасте 9–11 месяцев с массовой тела 2,8–3,1 кг, которые были распределены на две серии: I - контрольная и II - опытная (по 8 особей в каждой). Всем животным в подготовительный период (предортодонтический) провели 7 процедур магнитофореза с 4% раствором препарата «Трилон Б» в области альвеолярного отростка нижних центральных резцов, используя пульсирующее магнитное поле индукцией 20–25 мТл, аппарата «Градиент-1» по методике, разработанной авторами [5]. Кроликам опытной и контрольной серий по общепринятой методике, в зуботехнической лаборатории были изготовлены ортодонтические аппараты, состоящие из 2 металлических коронок и припаянного к ним раздвижного винта. Этот аппарат фиксировали висфат-цементом на нижние центральные резцы всем животным на следующие сутки после проведения 7 процедур магнитофореза с «Трилон Б». С помощью ортодонтического аппарата на протяжении 10 дней в обеих сериях расширяли челюсть, путем раскручивания винта, после чего проводили ретенцию путём блокирования винта самотвердеющей пластмассой.

Животным опытной серии по окончании активного периода ортодонтического лечения в области альвеолярного отростка нижних центральных резцов провели магнитофорез 3% раствора кальция лактата по собственной методике [6]. Животных контрольной и опытной серий выводили из опыта на 7, 14, 21 и 28 сутки ретенционного периода. Для гистологического исследования брали фрагмент нижней челюсти

с наружной и внутренней компактной пластикой и губчатым веществом. Фиксировали в 10% растворе формалина, декальцинировали в 7% растворе азотной кислоты и заливали в целлоидин. Для световой микроскопии готовили срезы толщиной 10-15 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином, по методу Ван-Гизон.

Результаты. В контрольной серии ведущим являлась деминерализация костного вещества, усиливающаяся к 21 суткам ретенционного периода. К этому сроку начинались процессы перестройки и костеобразования, но полного восстановления структуры кости к 28 суткам не наступало. Реминерализация происходила вначале на отдельных участках «выборочно», а затем эти процессы нарастали.

В опытной серии были определенные различия в морфологических изменениях костной ткани. Так на 7 сутки ретенционного периода можно было отметить наличие базофильных линий склеивания в губчатом веществе, но они были слабее выражены по сравнению с контролем, также как гиперемия костного мозга и остеобластическое костеобразование. Складывалось впечатление, что магнитофорез 3% раствора кальция лактата вначале как бы тормозил естественный ход рекальцинации и перестройки костной ткани. Однако в последующем происходило усиление гиперемии сосудов костного мозга, надкостницы, нарастала интенсивность окрашиваемости межучасточного костного вещества. Увеличивалось количество и базофилия линий склеивания, усиливалась пролиферация клеток эндоста, интенсивность остеобластического костеобразования. В опыте на 14 сутки изменения становились близки к контролю на 21 сутки. Наибольшая разница в степени реминерализации, выраженности перестройки и новообразования костной ткани наблюдались на 28 сутки ретенционного периода.

Заключение. Таким образом, применение магнитофореза 3% раствора кальция лактата в ретенционном периоде моделируемого ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий у животных с предварительной физико-фармакологической подготовкой альвеолярного отростка показало, что магнитофорез кальция лактата не оказывал каких-либо повреждающих влияний на костную ткань челюсти, а наоборот, он усиливал и ускорял реминерализацию межучасточного костного вещества в среднем на 7–10 суток по сравнению с контрольной серией.

Литература.

1. Арсенина, О.И. Ретенционный период после ортодонтического лечения пациентов с дистальной окклюзией с использованием ортодонтической техники / О.И. Арсенина, Н.В. Гуненкова // Новое в стоматологии. – 1995. – № 3. – С. 7–10.
2. Гунько, И.И. Влияние магнитофореза с кальция хлоридом на костную ткань / И.И. Гунько, Г.А. Берлов // Современная стоматология. – 2002. – № 4. – С. 37–40.

3. Ивашенко, С.В. Обоснование применения фонофореза и индуктотермоэлектрофореза кальций содержащих лекарственных веществ для восстановления костной ткани в ретенционном периоде ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий / С.В. Ивашенко // Мед. журн. – 2011. – № 3. – С. 143–146.
4. Наумович, С.А. Диагностика и комплексное лечение вертикальных аномалий зубочелюстной системы / С.А. Наумович, И.И. Гунько, Г.А.Берлов. – Минск: БГЭУ, 2001. – 118 с.
5. Патент РБ № 3904. Способ лечения зубочелюстных аномалий и деформаций / И.И. Гунько [и др.]. //Афіцыйны бюлетэнь. – 2001. – № 2(29). – С. 96.
6. Патент РБ № 8572. Способ исправления зубочелюстных аномалий / И.И. Гунько, В.С. Улащик, Т.И. Гунько // Афіцыйны бюлетэнь. – 2006. – № 5. – С. 35.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИМСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Данилова Д.В., Ковецкая Е.Е.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Для оказания эффективной стоматологической помощи пациентам с хронической патологией необходимо располагать не только современными материалами и методами лечения, но и учитывать тяжесть сопутствующих заболеваний. Одними из самых сложных пациентов с соматическими заболеваниями являются лица с хронической почечной недостаточностью (ХПН), находящиеся на гемодиализе. Нарушения минерального обмена и накопление токсинов в организме, возникающие на фоне патологии выделительной системы, также оказывают влияние на развитие патологических процессов в других органах и системах, в том числе твердых зубов и слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Цель работы - повышение эффективности оказания стоматологической помощи пациентам с ХПН, находящимся на гемодиализе.

Объекты и методы. В результате ретроспективного анализа историй болезни были изучены показатели соматического здоровья 50 пациентов с ХПН, находящихся на гемодиализе. Проведен стоматологический осмотр слизистой оболочки полости рта и состояния зубных рядов.

Результаты. Согласно данным медицинской документации, пациенты находились на гемодиализе, начиная с 1993 по 2008 год. Так, большинству из них (68,29±6,58%) гемодиализ впервые был назначен в период с 2004 по 2008 год, а остальным (31,71±6,67%) - с 2003 года

и ранее. Среди сопутствующей тяжелой патологии была выявлена высокая заболеваемость вирусным гепатитом – $51,21 \pm 7,07\%$ наблюдений, из них вирусный гепатит «В» был зарегистрирован в $47,62 \pm 10,9\%$, а гепатит «С» – в $52,38\%$ наблюдений. У двух пациентов одновременно был диагностирован как гепатит «В», так и гепатит «С». Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) наблюдались у $33,33 \pm 6,67\%$ пациентов. Среди патологии ЖКТ чаще был констатирован гастрит – у $42,85 \pm 7,0\%$ пациентов, затем язва 12-перстной кишки – у $28,57 \pm 6,39\%$ обследованных, язва желудка, а также панкреатит – у $14,28 \pm 4,95\%$ пациентов. Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы) были выявлены в $19,04 \pm 5,55\%$ наблюдений. Ишемическая болезнь сердца была зарегистрирована в медицинских картах $14,28 \pm 4,95\%$ пациентов. У единичных пациентов были отмечены такие заболевания, как псориаз и геморрагический васкулит. В результате осмотра слизистой оболочки полости рта у большинства пациентов с ХПН, находящихся на гемодиализе, была выявлена характерная бледность, истонченность и сухость. Пациенты иногда отмечали желтушную окраску мягкого, твердого неба, щек, губ. На СОПР определялись множественные геморрагии, которые возникали после чистки зубов, при травмировании пищей, зубами. Проявления кандидоза и герпетические высыпания свидетельствовали о снижении местного и общего иммунитета. Слизистая языка у большинства пациентов также была сухая и покрыта белым налетом. У некоторых лиц с ХПН отмечался галитоз (неприятный запах изо рта), чувство жжения слизистой оболочки полости рта. Обследование зубных рядов показало, что интенсивность кариеса у пациентов с ХПН, находящихся на гемодиализе, оцениваемого в соответствии с индексом КПУ, составляет в среднем $16,06 \pm 1,07$. Наличие пломб в удовлетворительном состоянии (П) было отмечено в среднем по $8,45 \pm 0,61$. Количество кариозных зубов (К), нуждающихся в лечении, составило $1,16 \pm 0,41$ – на одного пациента. По поводу осложненного кариеса и заболеваний пародонта ранее было удалено $6,45 \pm 0,89$ зуба. При осмотре были зарегистрированы практически все виды дефектов зубных рядов. Полная вторичная адентия была выявлена у 2-х пациентов. Отсутствовали зубы только на верхней челюсти также у 2-х индивидуумов. Мостовидные протезы присутствовали у $28 \pm 6,36\%$ пациентов. Включенные дефекты зубных рядов были выявлены в $34 \pm 6,7\%$ наблюдений, а концевые – у $32 \pm 6,6\%$ пациентов. Состояние индивидуальной гигиены полости рта обусловлено наличием мягкого зубного налета, а также над- и поддесневого зубного камня. Уровень гигиены был оценен на

основании среднего значения упрощенного индекса Грина-Вермиллиона ($OHI-S=2,28\pm 0,14$) как неудовлетворительный. Воспаление и кровоточивость десны (по индексу $GI=1,94\pm 0,14$) средней степени тяжести. Интенсивность заболеваний пародонта, в соответствии со средним значением индекса КПИ ($3,47\pm 0,09$), была интерпретирована как средняя.

Заключение. Пациенты с ХПН, находящиеся на гемодиализе, нуждаются в комплексной стоматологической помощи, включающей терапевтическую и хирургическую санацию, а также рациональное протезирование. Лечение таких пациентов может проводиться как в условиях специализированных стационаров, так и на базе стоматологических поликлиник и отделений. Высокий уровень зараженности пациентов с ХПН, находящихся на гемодиализе, вирусным гепатитом диктует необходимость строгого соблюдения режимов асептики и антисептики. Тяжесть общего заболевания данного контингента требует от врача-стоматолога высокой квалификации и компетентности при выполнении основных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий. Лечебные кабинеты должны быть оснащены аптечкой с лекарственными средствами для оказания помощи при неотложных состояниях, а врачи эффективно купировать приступы ишемической болезни сердца, кровоточивости.

Литература.

1. Диагностика и лечение заболеваний полости рта у пациентов с соматической патологией: учеб.-метод. пособие / И.К. Луцкая [и др.]. - Минск: БелМАПО, 2010.- 58 с.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Дмитриева Н.И., Руденкова Н.П.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Работа с документацией требует от врача не только знаний, но и времени. Вместе с тем, современные технологии лечения в стоматологии не всегда позволяют врачу «уложиться» в регламентированные на приём пациента минуты. Поэтому оформление медицинской документации врачи часто откладывают «на потом», оформляют после приёма пациента, руководствуясь тезисом «пациент спешит - запишу позже», или делают записи поспешно, небрежно. Такое оформление документации может привести к «эффекту бумеранга» в отношении самого же врача. Это связано с тем, что даже качественное

оказание стоматологической помощи может в ряде наблюдений вызвать претензии со стороны пациента. В этой ситуации медицинская документация будет служить объектом судебно-медицинской экспертизы.

Поэтому с целью защиты своих прав врачу необходимо: 1) получить информированное согласие пациента на оказываемую услугу (методы диагностики, профилактики, лечения); 2) предупредить необоснованные ожидания пациента по вопросам возможности лечения (диагностики, успеха профилактики, прогноза) имеющегося у него заболевания; 3) документально подтвердить выполнение всех необходимых составляющих медицинской услуги.

Вопрос информированного согласия на медицинское вмешательство является центральным в системе юридического обеспечения медицинской деятельности. Судебно-следственная практика показывает, что в значительном числе дел, связанных с проблемами в оказании медицинской помощи, в той или иной мере имеются погрешности в процедуре получения информированного согласия пациента.

Поэтому врачу стоит строго придерживаться алгоритма проведения этой процедуры. Получение согласия проходит в следующем порядке: 1) врач информирует пациента об имеющихся у него проблемах; 2) предлагает определенный план диагностики и лечения; 3) обсуждает и корректирует его с пациентом; 4) получает письменное согласие пациента, зафиксированное в стоматологической амбулаторной карте.

«Предварительное согласие на медицинское вмешательство» оформляется перед началом проведения пациенту медицинских стоматологических мероприятий. Его оформляют на вид стоматологического лечения (терапевтического, амбулаторно-хирургического, ортопедического, ортодонтического) на любом стоматологическом приеме (бюджетном, платном, взрослом, детском). В стоматологической амбулаторной карте имеется отдельная страница, посвященная документальному оформлению согласия пациента на лечение.

Рекомендации по процедуре получения согласия пациента на проведение лечебно-профилактических мероприятий даны в приказе МЗ РБ №689 от 08.09.2006 года. Получение врачом предварительного согласия пациента регламентировано статьями 44, 45 Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года «О здравоохранении».

В настоящий момент наряду с совершеннолетними гражданами несовершеннолетним лицам в возрасте от 16 до 18 лет предоставлено право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство. Такое согласие дается устно. Отметка о согласии

на простое медицинское вмешательство делается врачом в стоматологической амбулаторной карте. Обязательным условием проведения сложного медицинского вмешательства является наличие предварительного письменного согласия совершеннолетнего пациента.

Согласие пациента на сложное медицинское вмешательство подписывается пациентом и лечащим врачом.

В отношении несовершеннолетних лиц, а так же лиц, признанных в установленном законодательством порядке недееспособными, согласие дают их законные представители.

В ситуации, когда медицинское вмешательство неотложно, а выше указанные лица отсутствуют, решение принимается консилиумом врачей, а при невозможности собрать его – врачом, оказывающим медицинскую помощь с оформлением следующей записи в медицинской документации: в строки, следующие после текста «даю предварительное согласие на медицинское вмешательство» вносятся слова «проведено неотложное вмешательство», ставится дата, подписи лечащего врача и руководителя структурного подразделения.

В ситуации, когда пациент, или его законный представитель, супруг, близкий родственник дают устное добровольное согласие на медицинское вмешательство, но не желают оформить его письменно, в строки, следующие после текста «даю предварительное согласие на медицинское вмешательство» вносятся слова «вмешательство проведено по устному согласию пациента (или его законного представителя, супруга, близкого родственника)», ставится дата, подписи лечащего врача и руководителя структурного подразделения.

Согласие на медицинское вмешательство может быть в любой момент отозвано, за исключением ситуаций, когда врач уже приступил к медицинскому вмешательству и его прекращение, или возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни, или здоровья пациента. Отзыв согласия оформляется записью в разделе «дневник посещений» стоматологической амбулаторной карты. Отказ (отзыв «предварительного согласия на медицинское вмешательство») подписывает лечащий врач-стоматолог и пациент (или его законный представитель, супруг, близкий родственник).

В ситуации, когда пациент (или его законный представитель, супруг, близкий родственник) отказывается от продолжения лечения (отзывает «предварительное согласие на медицинское вмешательство»), но не желает подписывать отказ (отзыв «предварительного согласия на медицинское вмешательство»), подписи ставят лечащий врач-стоматолог и руководитель структурного подразделения.

Информирование пациентов и получение их осознанного согласия с планом лечения являются важным аспектом отношения «врач-пациент» и служат в дальнейшем аргументом в пользу врача, а иногда и доказательством его правоты при судебных разбирательствах.

Литература.

1. Степанов, Е.В. Профессиональные и юридические вопросы врачебных ошибок / Е.В. Степанов // Стоматолог. - 2004. - № 2. - С. 3-6.
2. Чистый, А.Г. Медицинская документация как объект судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи / А.Г. Чистый, Н.Ф. Чистая // Мед. журн. - 2008. - № 4. - С. 121-122.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ Г. ВИТЕБСКА ПО МЕТОДИКЕ МВИ

Еленская Ю.Р., Панченко А.А., Проказова А.О.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. Изучение клиники, динамики, прогноза и особенностей терапии тревожных и депрессивных расстройств у врачей-стоматологов является актуальной проблемой современной психиатрии и стоматологии [1]. В связи с тем, что в методике диагностики профессионального стресса МВИ нет чётких указаний по подсчету результатов, то, по нашему мнению, представляется необходимым, выделить степени выраженности стресса по трём шкалам, предложенным в опроснике. Предложенные авторами градации в тесте помогут быстрее и корректнее подсчитать результаты и определить у конкретного человека ту или иную степень выраженности профессионального стресса.

Цель работы - выделить степени профессионального стресса в ходе изучения синдрома выгорания у врачей-стоматологов г. Витебска по методике МВИ.

Объекты и методы. В исследовании приняли участие 59 врачей-стоматологов (27 терапевтов, 5 зубных врачей, 9 ортопедов, 4 хирурга, 2 пародонтолога, 12 детских стоматологов), работающих в государственных структурах на платном и бюджетном приёме. Среди них женщины составили 78%, мужчины – 22%. Возраст обследованных - от 22 до 65 лет. Для определения профессионального стресса применялась методика МВИ на уровень эмоционального выгорания, разработанного американскими психологами К. Маслач и С. Джексоном и адаптированного Н.Е. Водопьяновой. Методика включает в себя три шкалы: «эмоциональное истощение»,

«деперсонализация» и «редукция личных достижений». Состоит из 22 вопросов и имеет 6 вариантов ответов («никогда» - 0 баллов, «очень редко» - 1 балл, «иногда» - 3 балла, «часто» - 4 балла, «очень часто» - 5 баллов, «каждый день» - 6 баллов).

Эмоциональное истощение - рассматривается как основная составляющая «профессионального выгорания» и проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

Деперсонализация - проявляется в деформации отношений с другими людьми.

Редукция личных достижений - может проявляться или в тенденции к негативному оцениванию себя, своих профессиональных достижений и успехов, негативизме относительно служебных достоинств и возможностей, или в редуцировании собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Основным показателем при подсчете результатов являлась шкала «эмоционального истощения», дополнительными: «деперсонализация» и «редукция личностных достижений». Результаты оценивались по четырём уровням выраженности стресса: «низкий», «средний», «выше среднего», «высокий».

Результаты. В ходе исследования наиболее точной и удобной для подсчёта результатов оказалась схема, представленная в табл. 1.

Используя категорию «эмоциональное истощение» как основную шкалу для подсчетов результатов, получили следующие данные: самую большую группу (50,9% от всех обследуемых) составили лица, у которых уровень эмоционального истощения «средний»; с «низким» уровнем стресса выявлено 27,1 % врачей; с уровнем «выше среднего» - 16,9 %, а с «высоким» - 5,1%. Данные представлены в табл. 2.

Таблица 1
Степени выраженности профессионального стресса

Категория	Степень (в баллах)			
	Низкая	Средняя	Выше среднего	Высокая
Эмоциональное истощение	0-13	14-27	28-40	41-54
Деперсонализация	0-8	9-16	17-23	24-30
Редукция личных достижений	0-12	13-24	25-36	37-48

Таблица 2
Общий уровень эмоционального истощения у врачей-стоматологов

Степень	Всего	Низкая	Средняя	Выше среднего	Высокая
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Всего	59	16/27,1	30/50,9	10/16,9	3/5,1

Заключение. Для большинства врачей-стоматологов г. Витебска характерна средняя степень выраженности профессионального стресса. Предложенный вариант разделения шкал на 4 степени выраженности профессионального стресса оказался наиболее удобным и точным при подсчёте результатов в ходе исследования. Материалы могут использоваться научными сотрудниками и врачами-стоматологами, администрациями клиник, психологами в целях выявления и определения степени выраженности профессионального стресса с помощью анкетирования по методике МВІ.

Литература.

1. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб., 2005.

ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ И БЕЛОЙ КРОВИ КРОЛИКОВ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИМПУЛЬСНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ НИЗКОЙ ЧАСТОТЫ

Ивашенко С.В., Остапович А.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Исправление зубочелюстных аномалий у взрослых длительное, затруднено из-за низкой пластичности костной ткани. Для сокращения активного периода ортодонтического лечения в постоянном прикусе применяют низкочастотный ультразвук, который повышает эластичность соединительной ткани, способствует разволокнению коллагеновых волокон, усиливает проницаемость клеточных мембран, не вызывает изменений в периферической крови [1, 2, 3]. Однако не достаточно изучено влияние на организм импульсного низкочастотного ультразвука.

Цель – оценка состояние картины периферической крови у кроликов, подвергшихся воздействию импульсным ультразвуком низкой частоты.

Объекты и методы. Эксперимент проведен на 23 кроликах породы Шиншилла, самцах одинаковой массы тела и возраста: 18 опытных и 5 контрольных. Опытных животных разделили на 3 серии. Проводили озвучивание костной ткани и слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти в области центральных резцов импульсным ультразвуком в первой группе частотой 22 кГц, во второй – 44 кГц, в третьей – 60 кГц. Период воздействие/пауза составил 5/5 секунд, интенсивность озвучивания $0,4 \text{ Вт/см}^2$, длительность процедуры до 10 минут. Для проведения эксперимента использовали разработанный отечественный аппарат для низкочастотной ультразвуковой терапии «АНУЗТ-1-100»

ТУЛЬПАН. Забор крови проводили из краевой вены уха после 5, 10 и 15 процедур низкочастотной фонотерапии. Морфологические показатели периферической крови (эритроциты, средний объём эритроцитов, гемоглобин, среднечеточная концентрация гемоглобина, гематокрит, тромбоциты, средний объём тромбоцитов, большие тромбоциты, лейкоциты) определяли на автономном гематологическом анализаторе клеток СА620 «МЕДОНИК» фирмы «Кормэй-ДиАна». Результаты исследования обработаны с помощью прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel с вычислением медианы, верхнего и нижнего квартилей, критериев достоверности Манна-Уитни (U), вероятности достоверности сравниваемых величин (p). Различия рассматривались как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты. При озвучивании импульсным ультразвуком частотой 22 кГц статистически достоверно по сравнению с контролем снизился уровень эритроцитов после 10 и 15 процедур в 1,14 и 1,16 раза, соответственно. Концентрация гемоглобина после 10 и 15 процедур озвучивания статистически достоверно уменьшилась в 1,14 и 1,13 раза. Статистически достоверно снижается содержание гематокрита после 15 процедур озвучивания в 1,19 раза по сравнению с контролем. Уровень тромбоцитов у кроликов после 15 процедур озвучивания достоверно выше контрольного значения в 1,18 раза. Остальные показатели красной и белой крови при озвучивании импульсным ультразвуком частотой 22 кГц статистически достоверно не отличались от контроля. При озвучивании импульсным ультразвуком частотой 44 кГц содержание больших тромбоцитов в крови статистически достоверно увеличилось в 1,3 раза. Показания других параметров статистически достоверно не отличались от контрольных значений. При озвучивании импульсным ультразвуком частотой 60 кГц количество эритроцитов после 10 и 15 процедур статистически достоверно уменьшилось в 1,23 и 1,35 раза по сравнению с контролем. Концентрация гемоглобина после 10 и 15 процедур озвучивания импульсным ультразвуком частотой 60 кГц статистически достоверно уменьшилась в 1,25 и 1,32 раза. Уровень гематокрита после 10 и 15 процедур воздействия импульсным ультразвуком частотой 60 кГц снизился в 1,33 и 1,38 раза по сравнению с контрольным значением. По другим показателям красной и белой крови при воздействии импульсным ультразвуком частотой 60 кГц статистически значимых отличий от контроля не выявлено.

Заключение. Анализ результатов проведенного исследования позволил сделать выводы, что: 1) состояние периферической крови после воздействия импульсным ультразвуком низкой частоты зависит

от количества процедур озвучивания. При увеличении количества процедур до 15 появляются незначительные статистически достоверные отличия от контроля со стороны красной крови; 2) морфологические показатели белой крови во всех опытах не имеют статистически достоверных отличий от контроля.

Литература.

1. Ивашенко, С.В. Анализ клеточного состава крови после воздействия низкочастотным ультразвуком в эксперименте / С.В. Ивашенко, А.Г. Чабан // Медицинский журнал. – 2008. - № 2. - С. 35-37.
2. Наумович, С.А. Особенности ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий при сформированном прикусе / С.А. Наумович // Здоровоохранение Беларуси. – 1994. – № 6. – С. 12–15.
3. Улащик, В.С. Низкочастотный ультразвук: действие на организм, лечебное применение и перспективы развития / В.С. Улащик // Вопросы курортологии, физиотерапии и леч. физкультуры. – 2000. – № 6. – С. 3–8.

ВЛИЯНИЕ ИГЛОУКАЛЫВАНИЯ НА МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА

Карпович Р.Ю., Авдеева Е.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. С развитием дентальной имплантации и ортогнатической хирургии особую актуальность приобрела проблема травматических повреждений нижнего альвеолярного нерва [1]. Данное осложнение ставит под вопрос успех проведенного хирургического лечения в связи с развитием денервационного синдрома в иннервируемых тканях [3, 4, 5]. Данный факт определяет необходимость поиска и разработки методов лечения, позволяющих предотвратить развитие денервационного синдрома и обеспечить стабильный результат проведенного лечения. Данные специальной литературы свидетельствуют о положительном влиянии иглоукалывания на регенерацию нижнего альвеолярного нерва при его травматическом повреждении, однако в них отсутствуют сведения о влиянии рефлексотерапии на метаболизм костной ткани при развитии данного осложнения [2].

Цель работы - изучить влияние иглоукалывания на динамику уровня активности кислой и щелочной фосфатазы в сыворотке крови экспериментальных животных при создании модели травматического повреждения нижнего альвеолярного нерва в сроки 7, 14, 21, 28 суток.

Объекты и методы. Экспериментальная модель травматического неврита нижнеальвеолярного нерва была создана на 24 кроликах породы Шиншилла одного возраста и массы тела. Все животные были

разделены на две серии по 12 кроликов в каждой. В 1-й серии животные получали стандартное послеоперационное лечение, включавшее антибактериальную терапию с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений. Во 2-й серии оно было дополнено рефлексотерапевтическим воздействием (иглокалыванием) на точку, аналогичную хэ-гу (GI4). Забор венозной крови осуществлялся до создания модели в сроки 7, 14, 21, 28 суток. Определение уровня активности кислой и щелочной фосфатаз проводили при помощи спектрофотометрии. Для статистической обработки полученных данных применялся пакет программ STATISTIKA 6.0.

Результаты. Достоверное повышение уровня активности кислой фосфатазы в сыворотке крови лабораторных животных 1-й серии с $7,66 \pm 0,27$ Ед/л в предоперационном периоде до $10,74 \pm 1,06$ Ед/л на 7 сутки наблюдения свидетельствует о деструктивных процессах происходящих в костной ткани нижней челюсти. Далее уровень активности кислой фосфатазы в сыворотке крови лабораторных животных 1-й серии в сроки наблюдения 14, 21 и 28 суток составил соответственно $8,93 \pm 0,79$ Ед/л, $10,1 \pm 2,57$ Ед/л, $8,98 \pm 0,74$ Ед/л и не имел достоверных отличий от предоперационного уровня.

Достоверное снижение уровня активности кислой фосфатазы у животных 2-й серии с $7,66 \pm 0,27$ в предоперационном периоде до $7,23 \pm 0,79$ Ед/л на 7-е сутки наблюдения свидетельствует об адекватном и быстром включении компенсаторных механизмов направленных на снижение активной резорбции костной ткани. Уровень активности кислой фосфатазы у животных 2-й серии в сроки наблюдения 14, 21 и 28 суток составил $7,34 \pm 0,52$ Ед/л, $9,36 \pm 1,3$ Ед/л и $8,5 \pm 1,31$ Ед/л, соответственно и достоверно не отличался от уровня активности кислой фосфатазы предоперационного периода, свидетельствуя о нормальном течении процессов ремоделирования кости.

В результате проведенных экспериментальных исследований выявлено, что у лабораторных животных 1-й серии уровень активности щелочной фосфатазы возрастает с $66,17 \pm 2,95$ Ед/л в предоперационном периоде до $76,19 \pm 9,39$ Ед/л на 7-е сутки наблюдения. В дальнейшем он достоверно снижается по отношению к предоперационному периоду до $52,86 \pm 2,11$ Ед/л на 14-е сутки и $54,23 \pm 8,78$ Ед/л на 21-е сутки наблюдения, соответственно. На 28-е сутки показатель соответствовал дооперационному уровню и составил $69,8 \pm 7,38$ Ед/л. Во 2-й серии лабораторных животных отмечалось достоверное снижение уровня активности щелочной фосфатазы с $66,17 \pm 2,95$ Ед/л в предоперационном периоде до $50,36 \pm 3,45$ Ед/л – на 7-е сутки наблюдения. В дальнейшем было отмечено повышение уровня активности данного фермента

в сыворотке крови экспериментальных животных до $60,68 \pm 3,09$ Ед/л – на 14-е сутки наблюдения, $78,96 \pm 8,24$ Ед/л – на 21-е сутки наблюдения и $74,17 \pm 9,41$ Ед/л – на 28-е сутки наблюдения. Значения уровня активности щелочной фосфатазы в данной серии в сроки 14, 21 и 28 суток не имели достоверных отличий от данных контроля.

Анализ полученных данных свидетельствует о снижении активности процессов остеогенеза в денервированной костной ткани у животных 1-й серии по сравнению с животными 2-й серии, у которых после кратковременного снижения уровня активности фермента наблюдается достоверное его повышение, что может свидетельствовать об активации ремоделирования костной ткани.

Заключение. Под воздействием иглоукалывания происходит нивелирование влияния травматического повреждения нижнего альвеолярного нерва на процессы, происходящие в костной ткани.

Литература.

1. Боровский, М.Л. Регенерация нерва и трофика / М.Л. Боровский - М.: АМН СССР, 1952. - 224 с.
2. Походенько-Чудакова, И.О. Сравнительная оценка видов комплексного лечения травматического неврита нижнеальвеолярного нерва по результатам патоморфологических исследований / И.О. Походенько-Чудакова, М.К. Недзьведь, Е.А. Авдеева // Современная стоматология. - 2009. - № 3-4. - С. 63-65.
3. Gregg, J.M. Neuropathic complications of mandibular implant surgery: review and case presentations / J.M. Gregg // Ann. R. Australas. Coll. Dent. Surg. - 2000. - № 15. - P. 176-180.
4. Hegedus, F. Trigeminal nerve injuries after mandibular implant placement-practical knowledge for clinicians / F. Hegedus, R.J. Diecidue // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. - 2006. - № 1. - P. 111-116.
5. Kraut, R.A. Management of patients with trigeminal nerve injuries after mandibular implant placement / R.A. Kraut, O. Chahal // J. Am. Dent. Assoc. - 2002. - № 10. - P. 1351-1354.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПЕРИОДОНТА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

Коцюра Ю.И., Пискур В.В., Борунов А.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. В последнее время, в связи с недостаточной информативностью органолептических и лучевых методов исследования, всё чаще используются методы функциональной диагностики. Широкое применение метода реографии объясняется целым рядом его преимуществ: применение современной электронной аппаратуры, последующая математическая расшифровка реограммы,

позволяющая определить степень поражения ткани, полноценность последней, определение прогноза и эффективности проведенного лечения.

Цель работы – исследовать гемодинамику периодонта при частичном отсутствии зубов.

Объекты и методы. Под наблюдением находилось 20 человек с интактным периодонтом и неповреждённым зубным рядом (контрольная группа), а также 130 пациентов, которые были подразделены на две группы: 1) с интактным периодонтом зубов, ограничивающих дефект - 75 человек; 2) с деструктивными процессами в периодонте до 1/4 длины корня - 55 человек. При качественном и количественном анализе реопародонтограмм (РПГ) определено влияние нарушения целостности зубного ряда на гемодинамическое состояние исследуемого участка периодонта.

Результаты. Данные об изменении показателей РПГ в зависимости от протяженности дефекта у пациентов первой группы представлены в табл.1.

Таблица 1
Изменения показателей РПГ в зависимости от протяжённости дефекта у пациентов 1-й группы

Дефект	РИ	Р	ПТС	Р	иэ	Р	ипс	Р
1 зуб	0,317±0,02	<0,01	17,73±0,8	<0,02	93,9±3,2	<0,05	93,7±3,6	<0,01
2 зуба	0,328±0,025	<0,02	19,99±1,2	<0,05	96,4±2,3	<0,02	99,1±3,6	<0,01
3 зуба	0,287±0,013	<0,05	22,04±1,8	<0,05	98,5±3,5	<0,05	120,7±3,7	<0,05

Изменение показателей РПГ в зависимости от протяженности дефекта у пациентов второй группы представлено в табл. 2.

Таблица 2
Изменения показателей РПГ в зависимости от протяжённости дефекта у пациентов 2-й группы

Дефект	РИ	Р	ПТС	Р	ИЭ	Р	ИПС	Р
1 зуб	0,27±0,01	<0,01	23,2±1,9	<0,02	97,1±0,8	<0,01	98,2±2,6	<0,01
2 зуба	0,27±0,01	<0,01	23,9±1,3	<0,01	98,2±2,8	<0,02	99,6±2,1	<0,01
3 зуба	0,26±0,01	<0,01	25,2±1,9	<0,05	103,3±3,1	<0,05	121,2±2,9	<0,02

Анализируя данные таблиц приходим к выводу, что значительное влияние на качественные и количественные характеристики реограмм оказывает протяженность дефекта, зубного ряда. С её увеличением углубляются патологические изменения в сосудистом русле периодонта зубов, ограничивающих дефект. Увеличение дефекта приводит к появлению недогруженных участков в зубных рядах и, наоборот, перегруженных.

Значительные изменения на реограммах вызывает изменения окружающих тканей. Наличие патологических процессов в маргинальном периодонте сказывается на функциональной реактивности сосудов всего периодонта.

При начальных стадиях поражения периодонта ещё сохраняются все элементы реоволны, хотя и значительно изменяются. Происходит сглаживание инцизурного комплекса, стойкое перемещение его в верхнюю часть нисходящей волны, что свидетельствует о нарушении венозного кровотока, изменении эластичности сосудов, повышении тонуса сосудистых стенок, повышении периферического сопротивления сосудов. Нарушение микроциркуляции на начальной стадии воспалительного процесса заключается в увеличении притока крови с одновременным замедлением её эвакуации, что проявляется в переполнении поверхностно лежащих сосудов слизистой оболочки десны, их деформации с повышением температуры в очаге воспаления.

Расшифровка показателей реопародонтографии у пациентов с начальной стадией поражения периодонта свидетельствует о снижении общего объёма кровотока. Это объясняется постепенным исчезновением компенсаторных возможностей сосудистого русла периодонта зубов, ограничивающих дефект. С появлением деструктивных изменений в тканях периодонта, наблюдается снижение резервных возможностей его, что распространяется и на сосудистую систему. Об этом свидетельствуют данные обследования 2-й группы пациентов, показывающие снижение суммарного уровня кровотока. Полученные результаты указывают на начинающееся истощение компенсаторных возможностей в результате патологической перестройки рецепторного аппарата, регулирующего региональную гемодинамику.

Можно предположить, что в области дефекта имеет место недогрузка тканей периодонта. Уменьшение её оставляет в силе действие нейрогенного компонента регуляции тонуса сосудов, каковым является контроль со стороны вазоконструкторных волокон шейного симпатического нерва. Видимо, повышение тонического напряжения сосудистых стенок при дефектах зубных рядов обусловлено снижением действия фактора, расслабляющего его.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод о значительном влиянии нарушений целостности зубных рядов на изменение функциональной нагрузки при жевании, что, в свою очередь, оказывает влияние на местную гемодинамику периодонта. Интенсивность этих нарушений возрастает при наличии патологических изменений в тканях периодонта. Для профилактики развития патологического процесса необходимо проведение комплекса

терапевтических мероприятий, основным из которых должно быть равномерное распределение действия жевательных сил, что позволит стабилизировать функциональное состояние сосудов периодонта у зубов, ограничивающих дефект.

**ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОКОНФЕРЕНЦСВЯЗИ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ
ПРИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ
РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ**

Лифагин Г.С., Дробышев А.Ю.

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

Введение. Новым направлением клинической медицины, сформированным на пересечении нескольких областей собственно медицины, телекоммуникаций, информационных технологий - является телемедицина (ТМ). Согласно определению ВОЗ, телемедицина («медицина на расстоянии» от греч. «tele»-вдаль, далеко) - метод предоставления услуг по медицинскому обслуживанию там, где расстояние является критическим фактором. Почти полувековой опыт становления и развития ТМ позволил сформировать ряд приоритетных направлений применения информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении. Прежде всего, речь идет о ТМ консультировании, которое может осуществляться как в режиме реального времени (on-line), так и в «отложенном» режиме, когда анализируется архивированная медицинская информация; дистанционных формах профессионального обучения; оказания экстренной медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, боевых действий и т. д.; обеспечение мониторинга, передаче телеметрической информации о функциональном состоянии организма с целью адекватной коррекции выявленных нарушений (В.М. Леванов и соавт., 2006).

Одним из резервов повышения эффективности оказания комплекса медицинских услуг, предоставляемых в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, является использование возможностей телемедицины, обеспечивающей дистанционное участие эксперта на всех этапах диагностического обследования и всего лечебного процесса. А также повышение квалификации специалистов, в рамках проведения телеконференций и лекционных курсов.

Цель исследования - повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с патологией челюстно-лицевой области на основе применения телемедицинских мероприятий реального времени.

Объекты и методы. На базе ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», созданы телемедицинские студии, позволяющие проводить удаленные онлайн консультации в реальном времени с передачей медицинской информации, проведение лекций, симпозиумов консилиумов с использованием телемедицинской технологии.

Заключение. По нашему мнению, применение телемедицинских технологий, позволит значительно повысить доступность высокотехнологичной медицинской помощи для населения. Улучшить качество диагностики пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области на догоспитальном этапе и снизить экономические затраты на лечение, а так же повысить квалификацию специалистов, в рамках проведения телеконференций и лекционных курсов.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Луцкая И.К., Щавелева М.В., Шваб Л.В., Байкова И.А.

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Продолжительное воздействие профессиональных стрессов средней интенсивности вызывает реакцию организма, которая носит название - синдром эмоционального выгорания (СЭВ). Уровень эмоционального выгорания (ЭВ) относится к важнейшей профессионально-психологической характеристике специалистов различных сфер деятельности.

Цель работы – оценка профессионального стресса у организаторов здравоохранения.

Объекты и методы. В период с 2007 по 2010 годы с помощью теста В.В. Бойко проводились исследования степени выраженности СЭВ у организаторов здравоохранения (305 человек). В общей совокупности протестированных на долю стоматологов («базовая» специальность) пришлось 7,2%, причём, треть из них работала в амбулаторном звене.

Результаты. Общий анализ стадий эмоционального выгорания показал следующие результаты (средние величины для всей совокупности тестируемых): фаза напряжения (30,42 балла) не сформировалась; складывающийся симптом в данной фазе – переживания психотравмирующих обстоятельств; фаза

резистенции (44,95 балла) – в стадии формирования. Среди симптомов фазы резистенции преобладает неадекватное избирательное эмоциональное реагирование – 14,39 балла (складывающийся симптом). Складывающиеся симптомы оценены, как редукция профессиональных обязанностей; «расширение сферы экономии эмоций». Фаза истощения (27,93 балла) – не сформировалась.

Выявлено, что наилучшие позиции по показателям фаз СЭВ занимают лица, имеющие высшую квалификационную категорию по организации здравоохранения. Фаза «напряжения» у них выражена достоверно ниже ($p < 0,001$), чем у общей совокупности организаторов. Аналогичная ситуация отмечается по фазам резистенции ($p < 0,01$) и истощения ($p < 0,001$).

Следующий значимый параметр, который сказывается на формировании СЭВ у организаторов здравоохранения, – это стаж работы в должности. Выбранный оценочный критерий «10 и более лет работы» в должностях организатора здравоохранения позволил выявить, что у данной группы лиц показатели всех стадий СЭВ достоверно меньше, чем для общей совокупности организаторов здравоохранения: фаза напряжения – 24,79 ($p < 0,05$); резистенции – 39,32 ($p < 0,05$); истощения – 25,57 ($p < 0,05$).

Следующий рассмотренный параметр – «5 и менее лет» работы в должности. У этой группы организаторов показатели всех фаз СЭВ достоверно выше ($p < 0,05$), чем у группы лиц со стажем работы 10 и более лет.

При сравнении показателей стадий СЭВ у двух категорий работников: руководителей организаций (учреждений) здравоохранения и их заместителей выявлены определенные различия, которые в суммарных показателях всех фаз выгорания менее выражены у руководителей. По нашему мнению, во многом эта тенденция обусловлена характером решаемых задач, а также различиями в стаже деятельности в качестве организатора здравоохранения у руководителей и их заместителей: 10,45 и 5,94 года, соответственно ($p < 0,001$). Таким образом, риск развития СЭВ более значим для специалистов (руководителей) с меньшим стажем работы. По мере увеличения стажа организаторы здравоохранения проходят этап профессионального становления и адаптации к занимаемым должностям, ими формируются профессиональные приоритеты и интересы, вырабатываются механизмы профессионального самосохранения. Аналогичное объяснение может быть дано и по отношению к специалистам врачебных контрольных комиссий (ВКК) по организации здравоохранения.

Как указывалось выше, в общей совокупности протестированных на долю стоматологов («базовая» специальность) пришлось 7,2%. Данное распределение во многом отражает общую картину распределения по врачебным специальностям: на долю врачей-стоматологов в Республике Беларусь приходится 9,1% от общего числа врачей, занятых в системе здравоохранения. В течение периода с 1990 по 2009 годы, число посещений к стоматологам и зубным врачам на одного жителя увеличилось на 15%, составив в 2009 году 1,5 посещения на человека. Стоматологическая помощь оказывается силами 66 самостоятельных поликлиник, стоматологическими отделениями поликлиник и стационаров (отделения челюстно-лицевой хирургии), стоматологическими кабинетами.

Заключение. Увеличение объёмов потребления стоматологической помощи сопровождалось активным внедрением новых лечебно-диагностических технологий и стоматологических материалов. При этом труд стоматологов по-прежнему сопровождается воздействием ряда неблагоприятных факторов окружающей среды, к которым относится психическое и моральное напряжение, значительную интеллектуальную нагрузку, высокие требования к долговременной и оперативной памяти, профессиональной ответственности, наличие стрессовых ситуаций. Труд врача-стоматолога отнесён многими исследователями к профессиональным факторам риска синдрома эмоционального выгорания.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАЗЕРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ «ОПТИМА» И ЛАЗЕРНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ ЗАРУБЕЖНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Ляндрес И.Г., Пашук Ал.П.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Стоматологические лазерные установки, выпускаемые ведущими зарубежными фирмами, реализуют широкий диапазон медицинских технологий. Наиболее известные зарубежные установки: Opus Duo (CO₂ и Er-YAG лазеры в одной установке), Opus Duo E, Opus 10 White, Opus 5, Ka-Vo и др. В УП «ЛЭМТ» создана лазерная стоматологическая установка «Optima» (неодимовый – λ 1,06 и 1,32 мкм и эрбиевый лазеры в одной установке). Подбор типа лазера основывается на физических характеристиках излучения и его взаимодействии с хромофорами

мягких тканей (вода) и тканей зуба (гидроксиапатит, гемоглобин). Для CO₂ лазера хромофором является вода, для эрбиевого (λ –2780 мкм, 2940 мкм) - вода и гидроксиапатит; для неодимового (λ 1064 мкм, 1032 мкм - меланин, кровь), для диодного (λ 830, 980 мкм - меланин, кровь). Глубина проникновения излучения CO₂ лазера - 50-65 мкм, эрбиевого - 3-70 мкм, неодимового – 5315 мкм, диодного - 4000мкм (λ 830 мкм) и 1300мкм (λ 980 мкм). В стоматологических лазерах Orus Duo, Orus Duo E энергия в импульсе эрбиевого лазера 0,1–1000 мДж, мощность CO₂ лазера в Orus Duo до 10 Вт. Диодные лазеры Orus 10, Orus 5 имеют мощность 0,5-10 Вт., длительность импульса 0,05-30 с. В лазерной стоматологической установке «Оптима» эрбиевый лазер имеет почти совпадающие с западными системами параметры, неодимовый имеет длительность импульса от 150 до 300 мкс, диапазон энергии в импульсе от 50 до 700 мДж. Сравнение технических характеристик отечественных и зарубежных лазерных систем, итоги медицинских испытаний, опыт работы одного из авторов статьи (Ал.П. Пашука) на эрбиевом излучателе аппарата Orus Duo позволяет считать, что, кроме технологии отбеливания, с помощью лазерной стоматологической системы «ОПТИМА» возможно проведение всего спектра оперативных вмешательств на мягких тканях челюстно-лицевой области, а также удаление поражённого дентина при кариесе зуба, зубного камня, проведение резекции верхушки корня зуба в процессе выполнения хирургических органосохраняющих вмешательств и т. д. Совершенствование стоматологических наконечников для эрбиевого лазера аппарата «ОПТИМА» даст возможность реализовать дополнительные медицинские технологии.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ВВЕДЕНИЯ 2% ЛИДОКАИНА ГИДРОХЛОРИДА НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

Максимович Е.В., Походенько-Чудакова И.О., Кураленя С.Ф.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «Минский консультативно-диагностический центр»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Доклинические исследования лекарственных средств, в том числе и местных анестетиков, используемых в стоматологии, проводятся на белых лабораторных мышах, которые используются для определения токсичности химических веществ, стандартизации фармакологических препаратов [1]. В эксперимент, как правило,

включают половозрелых самцов (для исключения гормональных вариаций) массой 22-35 грамма. Однако следует отметить, что при изучении токсически обусловленной патологии особое значение следует придавать способам, моделирующим реальные клинические условия. [2, 3]. В стоматологической практике местные анестетики используются в челюстно-лицевой области, которая отличается интенсивностью иннервации, васкуляризации, и некоторыми авторами называется «шокогенной» за большую интенсивность болевой импульсации и важность социальной значимости челюстно-лицевой области для человека в целом. Особо следует подчеркнуть близость головного мозга (центральной нервной системы (ЦНС)) в области введения местных анестетиков при проведении стоматологических манипуляций, особенно при проведении региональной анестезии [2].

Цель исследования – экспериментальное изучение влияния различных способов введения 2% лидокаина гидрохлорида на морфологические изменения со стороны органов и систем.

Объекты и методы. Эксперимент выполнен на двух сериях белых лабораторных мышей, половозрелых самцах массой 22-35 грамм. Экспериментальные исследования выполняли в соответствии с требованиями, регламентирующими работу с экспериментальными животными [4]. Все животные были получены из питомника ЦНИЛ УО БГМУ. Перед экспериментом они прошли двухнедельный карантин и содержались на стандартном рационе вивария. Терапевтические дозы местных анестетиков рассчитывали на единицу массы тела исходя из данных клинической фармакологии. 1-й серии (10 особей) каждые 3-4 дня вводили 2% раствор лидокаина гидрохлорида в дозе 50 мг/кг массы тела внутрибрюшинно по стандартной методике, данная серия служила контролем, 2-й серии (16 особей) 2% лидокаин вводили в той же дозе по разработанной методике в поднижнечелюстную область. Фиксировали факты токсического влияния на ЦНС. У погибших и выведенных из эксперимента особей осуществляли забор паренхиматозных органов на патоморфологическое исследование на каждом из этапов выполнения эксперимента.

Результаты. Летальность в 1-й серии – 0%, во 2-й – 37,5% (6 особей). Во 2-й серии летальные исходы наблюдались в течение 5 минут после введения с выраженными явлениями гемипареза на стороне введения, без судорожных проявлений, иногда «на игле». В 1-й серии не было зафиксировано токсических проявлений со стороны ЦНС. Во 2-й серии после введения 2% лидокаина гидрохлорида отмечались судорожные явления, вялость, явления гемипареза или

парапареза, гиперактивность, регистрировалась одышка с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры.

При патоморфологическом исследовании контрольной 1-й серии животных в печени определялись немногочисленные, мелкие очаги некроза гепатоцитов с воспалительной реакцией, воспалительный инфильтрат в зоне некроза был представлен лимфоцитами и эозинофилами, констатировалась скудная воспалительная инфильтрация некоторых портальных трактов, представленная преимущественно лимфоцитами; в почках определялись единичные мелкие очаги круглоклеточной инфильтрации в интерстиции.

По результатам патоморфологического исследования у особей 2-й серии в печени наблюдался ядерный полиморфизм, очаги некроза гепатоцитов с перифокальной воспалительной реакцией (в инфильтрате много лимфоцитов, встречались эозинофилы, нейтрофилы), воспалительная инфильтрация в портальных трактах, нерезко выраженный, преимущественно внутрипротоковый холестаз. В отдельных ядрах отмечали эозинофильные внутриядерные включения. У особей 2-й серии при исследовании почек отмечалось нерезко выраженное полнокровие с единичными диапедезными кровоизлияниями, неравномерное полнокровие клубочков. Результаты морфометрического исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1
Данные морфометрического изучения влияния различных способов введения 2% лидокаина гидрохлорида на печень экспериментальных животных

Вид изменений	1 серия	2 серия
Очаг некроза гепатоцитов 1-2 клетки	21,4%	72,5%
Очаг некроза гепатоцитов 3-4 клетки	7,2%	22,5%
Очаг некроза гепатоцитов 6-8 клеток	0%	7,5%
Перипортальный некроз 2-3 клетки	0%	2,5%
Перипортальный некроз 6-8 клеток	0%	5%
Перипортальный некроз 10-14 клеток	0%	5%
Перипортальное воспаление	12,9%	55%
Перипортальный холестаз	2,9%	52,5%

Заключение. Местные анестетики, применяемые в челюстно-лицевой области (в стоматологической практике), необходимо в доклинических испытаниях на токсичность исследовать не только стандартным способом внутрибрюшинного введения лекарственного средства, но и обязательным введением в зону применения (область головы и шеи).

Литература.

1. Белоусов, Ю.Б. Клиническая фармакокинетика. Практика дозирования лекарств: спец. выпуск серии «Рациональная фармакотерапия» / Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич. – М.: «Литтерра», 2005. – 288 с.
2. Маламед, С.Ф. Возможные осложнения при местном обезболивании / С.Ф. Маламед // Клиническая стоматология. - 2000. - № 1. - С. 23-26.

3. Рабинович, С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии / С.А. Рабинович. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000 – 144 с.
4. Требования к постановке экспериментальным исследованиям для первично-токсической оценки и гигиеническим регламентациям веществ: инструкция 1.1.-11-12-35-2004 / Л.В. Половинкин [и др.]. – Минск, 2004. – 43 с.

ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ТРАВМА: АНАЛИЗ АНТИЧНОЙ ПОЭМЫ «ИЛИАДА» ГОМЕРА

Маланчук В.А., Рыбачук А.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

*«...Εχτορα του αντροφονια το χέρι' κάτω απ' τ' αφτί κι απ' το σαγόνι του τον βρήκε,
και τα δόντια όζω πετά ο χαλκός, και του 'κοψε καταμεσός τη γλώσσα'...»
«...Гектор его копьем улучает под челюсть, и зубы вышибла острая медь и посредине рассекла язык ...»
Илиада, Песнь 17*

«Илиада» Гомера (Ομηρου Ιλιάδα) является одной из самых великих и старых эпических поэм древнего мира Европы, которая состоит из 24 книг, или так называемых, «рапсодий», написанных в VIII веке до н. э. Стиль поэмы богат эпитетами и метафорами, из которых многие являются традиционными и восходят к глубокой древности. Основой для «Илиады» послужили сказания Древней Греции о подвигах и сражениях её героев – военные действия между Троянцами и Греками (Ахейцами), во время осады последними Трои (Илиона). «Илиада» содержит более 15000 гексаметров, написанных на древнегреческом языке с ионическим диалектом, в которых в детальной и уникальной манере описаны батальные ранения вообще, и в частности черепно-челюстно-лицевые травмы.

Объекты и методы. «Илиада» Гомера – новогреческий перевод Н. Казандзакис и И. Какридис, Афины, 1955 год (N. Καζαντζής - Ι. Κακρίδς, Αθνα, 1955), был проанализирован на наличие описаний травм черепно-челюстно-лицевой области.

Результаты. Поэма Гомера «Илиада» стала одним из первых классических произведений, в котором описана общая хирургия, и в частности хирургия черепно-челюстно-лицевой области. Причинами повреждений черепно-челюстно-лицевой области были удары боевым оружием и камнями.

Всего было описано 147 реалистичных отображений боевых ран разных участков тела человека (конечности, живот, грудь и т. д.): 106 прокалываний копьем (80% смертность), 17 ударов меча (100% смертность), 12 ран от стрел (42% смертность) и 12 повреждений от рогатки (67% смертность).

Из всех боевых травм 49 ссылок касаются повреждений черепно-челюстно-лицевой области, среди них 44 ранения стали фатальными, включая 5 обезглавливаний. А именно, эти повреждения описываются в книгах 4-7, 10-17, 20, 22 и 23. Упомянутые выше повреждения были нанесены 17 греками и 4 троянцами, от которых пали 8 греков и 38 троянцев.

Следующие области головы и шеи были описаны как повреждённые холодным оружием и метательными предметами: челюсть (1), область рта (2), область щеки (1), область носа (1), область орбиты глаза (1), переносица (1), затылочная область (2), область уха (3), поднижнечелюстная область (3), область горла (зев и гортань) (4), лоб (5), височная область (5), область темя (5) и шея (15).

Заключение. «Илиада» Гомера – уникальная эпическая песнь, в которой детально показаны разные батальные ранения и травмы. Анализ поэмы показал, что челюстно-лицевая и черепно-челюстно-лицевая хирургия военного времени и экстремальных условий (травматология) уже существовали 2800 лет назад, то есть в VIII веке до н. э. Чёткое описание черепно-челюстно-лицевых повреждений свидетельствует о том, что анатомия головы и шеи была хорошо известна во времена древней Греции, так как герои-воины поэмы точно знали, куда нужно нанести удар, что бы ранение было не совместимо с жизнью.

ДИАГНОСТИКА ГЕМОДИНАМИКИ В ОБЛАСТИ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Маланчук В.А., Тимошенко Н.М., Мамонов Р.А.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. В результате травм скулоорбитального комплекса (СК) происходит смещение костных фрагментов под воздействием силы удара и силы тяги собственно жевательной мышцы. В результате происходит смещение фрагмента тела скуловой кости, как правило, вниз и медиально, что вызывает компрессию подглазничного сосудисто-нервного пучка. Объективным тестом компрессии подглазничной артерии является реограмма зоны повреждения.

Цель исследования – оценить особенности гемодинамики в области подглазничной артерии у пациентов с переломами скулоорбитального комплекса (ПСК) методом реографии.

Объекты и методы. За период с 2009 по 2011 годы обследовано 35 пациентов с ПСК (мужчин - 29, женщин - 6). Всем пациентам было проведено реографические исследования мягких тканей в подглазничной области по продольной биполярной методике с помощью компьютерного реографа «RHEOTEST» (DX-system, Харьков). Использовали биполярные концентрические электроды, один из которых размещали в подглазничной области, а другой – в области шеи, и плотно фиксировали на лице с помощью клейкой ленты.

Анализ РГ-кривой проводили по стандартной методике путём визуальной оценки реографических кривых и расчёта следующих показателей: реографического индекса, РИ (Ом), который отображает степень кровенаполнения исследуемой области, основной амплитуды реограммы, b (мм), времени подъёма восходящей части реограммы, α (с), времени спуска нисходящей части реограммы, β (с) и общей длительности реограммы, T (с).

Для сравнения и контроля проводили реографическое исследование симметричной неповрежденной стороны.

Результаты. Была описана форма полученных реографических кривых при ПСК до лечения поврежденной и здоровой сторон.

На неповрежденной стороне восходящая часть реограммы крутая, верхушка реографической кривой острая, нисходящая часть – умеренно выражена, дикротическая волна чётко выражена. Дополнительные волны отсутствуют.

На стороне травмы отмечается резкое снижение амплитуды реографической кривой, наличие множественных дополнительных волн на нисходящем и восходящем уровнях реограммы, дикротическая волна практически исчезает. Всё это свидетельствует о затрудненном прохождении пульсовой волны по сосуду и её компрессии.

При ПСК основная амплитуда реограммы (b) снижена в среднем на 70%. Соответственно снижена величина РИ на 30%. При травме СК определялось увеличение длительности времени подъёма реографической кривой при несменном периоде длительности реограммы. Так, время подъёма восходящей части реограммы (α) возрастает на 67%, а время спуска нисходящей части реограммы меняется незначительно.

У пациентов, которые получили лечение в максимально ранние сроки заболевания, положительную динамику показателей определяли раньше, чем у тех лиц, которым лечение проводили в более поздние сроки.

Заключение. На основе представленных данных можно сделать вывод, что показатели реографической кривой относительно быстро

меняются в ответ на уменьшение степени компрессии сосудистой стенки костными фрагментами в ходе репозиции. Также выбранная терапия свидетельствует о скором уменьшении внутрисосудистого отёка, поскольку уже на третьем месяце лечения реографические показатели составляют 92-95% от показателей нормы.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Маланчук В.А., Гуч А.А., Логановская Е.Н., Перерва В.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение Хронические воспалительные и дистрофические заболевания околоушных слюнных желёз отличаются многообразием и часто отражают общее состояние организма человека, нарушения эндокринной, пищеварительной, иммунной систем (И.Ф. Ромачева, 1973; И.Г. Лессовая, 2002). Ошибочность диагностики и, соответственно, неправильное их лечение приводит к возникновению аутоиммунных расстройств и злокачественных новообразований (И.Г. Лесовая, 2001).

Цель работы - усовершенствование методов диагностики хронических и дистрофических заболеваний околоушных слюнных желёз с использованием ультрасоно- и доплерографии.

Объект и методы. Обследовано 160 пациентов с хроническими воспалительными и дистрофическими заболеваниями околоушных слюнных желёз. Возраст пациентов составил 25-72 года, мужчин - 70, женщин - 90. По предварительному клиническому диагнозу, установленному классическими методами обследования, выделено три группы пациентов: 34 - с сиалозом, 30 - с хроническим сиалоаденитом и 96 - с хроническим лимфаденитом.

Для уточнения диагностики проводили ультрасоно- и доплерографию околоушных слюнных желёз с одновременным обследованием бокового отдела шеи. В результате данных исследований ультрасоно- и доплерографии пациенты были распределены по группам следующим образом: 1-я группа - сиалоз околоушных слюнных желёз - 24 пациента; 2-я группа - хронический сиалоаденит - 34 пациента (28 - с паренхиматозным и 6 - с интерстициальным); 3-я группа - хронический лимфаденит как в околоушно-жевательной области, внутри самих желёз (псевдопаротит Герценберга), так и вне их - 102 пациента. Ультрасонографию проводили по общепринятой методике (Э.М. Нахутина,

1974) - сканирование железы осуществляли узким линейным датчиком в продольном и поперечном его положении с частотой 5-10 МГц на аппаратах Philips-Envizor, в продольном и поперечном его положениях. Кровоснабжение околоушной слюнной железы и прилежащего бокового отдела шеи изучали методом цветной доплеровской ультрасонографии.

Результаты. Сиалоз околоушных слюнных желез. Жалобы пациентов однотипны: нарушение выделительной и секреторной функций желёз, увеличение и уплотнение их; начало заболевания установить не удаётся; как правило, боль отсутствует. Осмотр: асимметрия лица за счёт припухлости одной или реже - обеих околоушных слюнных желёз, плотность железы увеличена, поверхность чаще гладкая, иногда бугристая; устье Стенонова протока сужено; при массировании железы из него выделяется слюна (белесоватая, с примесью густой слизи, в небольшом количестве, иногда отсутствует). Для сиалоза околоушных слюнных желёз характерны дольчатое строение и неоднородная эхогенность паренхимы, зернистое строение; гипозоногенные участки разделены толстыми фиброзными перегородками - линейный фиброз, что является характерным признаком сиалоза; некоторое увеличение объёма железы; четкость контуров железы во всех наблюдениях; лимфатические узлы вне околоушных слюнных желёз не определяются, внутри железы определяются чаще, чем отсутствуют. Данные доплерографии, свидетельствовали, что при сиалозе околоушных слюнных желёз имеют место признаки уменьшения кровоснабжения обеих околоушных слюнных желёз.

Хронический паренхиматозный паротит. Обследованы 28 пациентов с клиническим диагнозом «хронический паренхиматозный паротит». У 16 пациентов были поражены обе околоушные слюнные железы. Точное начало заболевания также установить не удалось, однако болезнь продолжалась от нескольких месяцев до года, наблюдалось чередование улучшения и ухудшения состояния. При ухудшении отмечалось болезненное припухание железы. Все пациенты отмечали облегчение при местном применении тепла. При осмотре практически никаких изменений конфигурации лица не определялось, пальпировались болезненные точки, как правило, в позадичелюстной области. Устье протока железы - без изменений, при массировании железы из устья выделялась слюна с примесью слизи и белесоватых «хлопьев».

Для хронического паренхиматозного паротита свойственны следующие сонографические признаки: неоднородность паренхимы - в 100% наблюдений, наличие чётких множественных

рассеянных гипоехогенных образований — в 100%; увеличение объёма железы — в 100%, преобладание нечёткости контуров железы (64,3% наблюдений), увеличение перигландулярных лимфатических узлов у преобладающего большинства пациентов. При хроническом паренхиматозном сиалоадените отмечено отклонение от нормы показателей обеих желёз в сторону их значительного повышения: выражен стеноз сосудов и увеличен объёмный кровоток.

Хронический интерстициальный паротит. В этой группе наблюдали 6 человек. У всех пациентов были поражены обе околоушные слюнные железы. Пациенты обращались в клинику спустя 3-6 месяцев после того, как замечали припухлость в околоушной области. Железы были безболезненны, мягкие, кожа над ними физиологической окраски, из устья Стенонова кровотока выделялась чистая прозрачная слюна. Пациенты указывали, что припухлость нарастала, иногда могла уменьшиться. В клинику обращались в период обострения. Применение тепла на железу улучшало состояние пациентов. В стадии ремиссии объём железы уменьшался, но устье протока оставалось суженным, процесс не прекращался, но медленно прогрессировал.

Согласно данным ультрасонографии можно сделать вывод, что для интерстициального паротита характерны гиперэхогенность и неоднородность паренхимы; отсутствие очаговых поражений; увеличение объёма; чёткость контуров железы; не увеличенные одиночные перигландулярные лимфатические узлы. Данные доплерографии не отличаются от таковых при паренхиматозном паротите (усилен стеноз сосудов, увеличен объёмный кровоток). В иммунограммах при интерстициальном паротите существенных изменений не выявлено, имеющиеся отклонения не являются патогномичными и диагностической ценности не представляют.

Заключение. Классические методы обследования оказались малоинформативными и недостаточными для точной диагностики, поскольку ошибка при установлении клинического диагноза на основании стандартных методов обследования до проведения специальных методов исследования составила в среднем 17,9% (сиалоз - 29,4%, сиалоаденит - 13,3%, хронический лимфаденит - 10,9%), в результате 20 пациентов изменили группу первичного распределения по морфологическим формам. Наиболее сложными в диагностике оказались сиалозы, при которых ошибки первичной диагностики составили 29,4%. Обследование пациентов с воспалительными и дистрофическими заболеваниями околоушных слюнных желез современными методами ультрасоно- и доплерографии позволяет получить изображение структуры железы, оценить её кровоснабжение,

и на основании дополнительных данных уточнить диагноз при хронических неопухолевых заболеваниях слюнных желёз. Ультрасоно- и доплерография околоушных слюнных желёз являются перспективными, достоверными, правомочными методами для дифференциальной диагностики, что даёт основание рекомендовать их включение в алгоритм обследования пациентов данной категории.

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА
РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
ПРИ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Манкевич С.М., Сиваков А.П., Василевский С.С.,
Подсадчик Л.В.**

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Психогенный фактор, эмоционально-стрессовые ситуации, тревожно-депрессивные, дисморфофобические расстройства – типичный перечень нарушений эмоционально-волевой сферы у пациентов с челюстно-лицевой патологией, в период реабилитации после сложных стоматологических, ортопедических вмешательств, при неудачных результатах реконструктивной хирургии, бруксизме и т. д. Немаловажно, что протрагированные психоэмоциональные нарушения участвуют в формировании синдрома психосоматических вегетодисфункций, поддерживают механизмы парафункциональных расстройств жевательной и мимической мускулатуры.

Иглоукальвание среди методов рефлексотерапии (РТ) занимает одно из ведущих мест в качестве физиологичной коррекции нарушений психоэмоциональной сферы. Вместе с тем, базовые методики не всегда эффективны. Разработана потенцированная методика скальпоаурикулярной электронейрорефлексотерапии (САЭНРТ).

Цель исследования заключалась в обосновании практического применения потенцированной методики САЭНРТ для коррекции психоэмоциональных нарушений у пациентов с челюстно-лицевой патологией и стоматологическими проблемами.

Объекты и методы. В структуре центральной нервной системы лимбическая кора, лимбико-ретикулярный комплекс контролирует аффективную сферу, эмоциональные реакции. С целью рефлексорной активации лимбико-ретикулярных структур мозга для коррекции тревожно-депрессивных расстройств использовалась методика

САЭНРТ. Воздействие проводилось на проекционную зону лимбико-ретикулярных структур мозга (линия MS5 скальпопунктурной микросистемы) и зоны тревоги, депрессии (первый, третий квадранты мочки уха по картограмме П. Ножье) и аурикулярные точки: 28, 25, 34, 26а, 55, 100.

САЭНРТ выполнялась на аппарате «Кадр-16А», электродами являлись акупунктурные иглы, воздействовали импульсным биполярным током с нейротропной формой импульса «спайк-волна» резонансными частотами: 6, 3, 10, 25, 125, 146 Гц с экспозицией по 2 минуты для каждой частоты.

Лечение проводилось 12 пациентам с психосоматическим синдромом (бруксизм - 4, осложненная невралгия тройничного нерва - 5, посттравматическая нейропатия лицевого нерва с косметическим дефектом - 3).

Исходно у всех пациентов выявлялась тревога, внутреннее напряжение, чувство неполноценного сна, страх, сниженный фон настроения, общая усталость, нежелание общаться с окружающими, плаксивость.

Результаты. При психологическом тестировании после 4-5 процедур САЭНРТ тревожность и уровень депрессии снизились в среднем на 25%. Побочных явлений отмечено не было, все пациенты охотно принимали лечение, во время процедуры чувствовали «внутреннее успокоение», некоторые засыпали. После 8-10 процедур САЭНРТ положительная динамика стабилизировалась. Увеличилась продолжительность сна, выровнялся фон настроения, исчезла плаксивость, появилось желание общаться с окружающими. Следует отметить, что методика САЭНРТ проводится вне зоны челюстно-лицевой области, что расширяет её возможности при наличии швов, ортопедических конструкций и аппаратов.

Заключение. Таким образом, разработанная методика САЭНРТ представляет собой эффективный метод лечения тревожно-депрессивных расстройств при психосоматических нарушениях в стоматологии, челюстно-лицевой ортопедии и хирургии.

Литература.

1. Картограммы и лечебное применение аурикулорефлексотерапии: учебно-методическое пособие / С.М. Манкевич [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2011. – 60 с.
2. Манкевич, С.М. Физиопунктурная рефлексотерапия при осложненной нейропатии лицевого нерва в реабилитации больных с челюстно-лицевой патологией / С.М. Манкевич // ARS Medica. 2011. - № 14. – С. 248–249.
3. Манкевич, С.М. Скальпоэлектрорефлексотерапия соматоформных расстройств / С.М. Манкевич [и др.]. // ARS Medica. – 2011. - № 14. – С. 247–248.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Медведев Ю.А., Шаманаева Л.С.

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М.Сеченова»,
г. Москва, Россия*

Введение. Процент травматических повреждений лицевого скелета остается на постоянно высоком уровне, и на данный момент нет тенденции к его уменьшению. Это связано с развитием городов, увеличением числа автомобилей, а, следовательно, и дорожно-транспортных происшествий, криминогенной обстановкой.

Объекты и методы. Алгоритм диагностики повреждений челюстно-лицевой области в современных условиях развития медицины помимо клинических должен включать и лучевые методы исследования. Зачастую проведение рентген-снимков в классических проекциях не может дать достаточно полную информацию о характере повреждений. Следует уделять пристальное внимание нарушению целостности костных стенок глазницы. Гиподиагностика и недооценка этого важного слагаемого может привести к развитию посттравматических деформаций, стойким нарушениям бинокулярного зрения и энофтальму.

Наиболее точное представление о картине перелома позволяет получить проведение спиральной компьютерной томографии (СКТ). Которая за последние годы стала считаться «золотым стандартом» диагностики травмы челюстно-лицевой области, позволяющим более точно планировать объем оперативного вмешательства при необходимости его проведения. Следует помнить, что при краниофациальной травме даже небольшие по объёму повреждения могут привести к значительным изменениям функции. Исходя из этого, толщина срезов при компьютерной томографии должна быть минимальной, и в идеале не превышать 1,5-2,0 мм.

Обязательным компонентом успешного лечения пациентов с травматическими повреждениями средней зоны лица является согласованная работа специалистов смежных специальностей, консультации офтальмолога, ЛОР-врача и невролога, тщательное выполнение их рекомендаций. На основе полученных клинических данных и СКТ делался вывод о характере повреждений средней зоны лица, в частности скулоорбитального комплекса и нижней стенки глазницы, принималось решение о необходимости проведения операции. Обращали внимание на смещение костных фрагментов, пролабирование

окологлазничной клетчатки в полость верхнечелюстного синуса, наличие эмфиземы.

По показаниям выполнялось оперативное вмешательство в объёме реконструкции скулоорбитального комплекса, ревизии верхнечелюстной пазухи, после выполнения всех этапов металлоостеосинтеза при необходимости проводили эндопротезирование нижней стенки глазницы сверхэластичной сетчатой тканью из никелида титана. В послеоперационном периоде назначалась общепринятая антибактериальная и противовоспалительная терапия, повторное рентгенологическое обследование, офтальмологическая диагностика.

Заключение. Таким образом, используя современные методы лучевой диагностики, проявляя настороженность в выявлении повреждений костных стенок глазницы и работая в тесном контакте с коллегами, можно своевременно и правильно определить характер травмы средней зоны лица, предупредить развитие деформации и функциональных нарушений.

Литература.

1. Hopper, N. Diagnosis of midface fractures with CT: what the surgeon needs to know / N. Hopper, S. Salemy, R.W. Sze // Radiographics. - 2006. - № 26 (3). - P. 783-793.
2. The diagnosis and management of orbital blowout fractures: update / S.M. Brady [et al.]. // Am. J. Emerg. Med. – 2001. – Vol. 19. – P. 147-154.

ГЕЛИЙ-НЕОНОВЫЙ ЛАЗЕР В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ СТОМАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Михайловская В. П., Кармалькова Е.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. В последнее десятилетие во всем мире значение болезней обусловленных вирусом герпеса, как проблемы общественного здравоохранения постоянно растёт.

Разработка методов профилактики и лечения острых и рецидивирующих форм герпетической инфекции с проявлениями на слизистой оболочке полости рта является одной из наиболее важных задач, стоящих перед практической медициной [1, 2, 3, 4, 5].

Известно, что использование излучения гелий-неонового лазера при лечении острого и хронического герпетических стоматитов у детей демонстрирует высокую терапевтическую эффективность [2].

Целью исследования явилось изучение профилактической противорецидивной активности излучения гелий-неонового лазера при лечении герпетических стоматитов у детей.

Объекты и методы. Проанализированы амбулаторные карты пациентов и результаты использования излучения гелий-неонового лазера при лечении острых и хронических герпетических поражений слизистой оболочки полости рта у детей за период с 2006 по 2011 год.

Результаты. По данным записей в амбулаторных картах и в регистрационном журнале сеансов физиотерапевтических процедур на кафедре стоматологии детского возраста УО «Белорусский государственный медицинский университет» проведены курсы лечения излучением гелий-неонового лазера 514 детей в возрасте от 7 мес. до 15 лет со стоматитами герпетической этиологии.

Острый герпетический стоматит был диагностирован у 308 детей в возрасте от 7 мес. до 14 лет, из них у 14 ($4,5 \pm 1,2\%$) человек заболевание протекало в легкой форме, у 278 ($90,3 \pm 1,7\%$) в средне-тяжелой и у 16 ($5,2 \pm 1,2\%$) детей в тяжелой форме.

Согласно полученным данным, процедуры лазерного излучения были отпущены 206 детям с хроническим герпетическим стоматитом в возрасте от 2,8 до 15 лет, среди которых легкую форму заболевания перенесли 4 ($1,9 \pm 0,9\%$) пациентов, средне-тяжелую-190 ($92,3 \pm 1,9\%$), а тяжелую-12 ($5,8 \pm 1,6\%$).

Степень тяжести острого герпетического стоматита определялась совокупностью имеющихся у пациента симптомов общего и местного характера, а тяжесть течения хронического герпетического стоматита по количеству, переносимых ребенком рецидивов в год. Для проведения лечения использован лазерный аппарат, генерирующий непрерывное лазерное излучение с длиной волны 0,63 мкм и плотностью мощности в точке воздействия 100 мВт/см^2 . Предварительно глаза пациентов защищали очками со светофильтром, поглощающим свет длиной волны 0,63 мкм. Курс лечения острого и хронического герпетических стоматитов состоял из 5-7 и 7-10 ежедневных сеансов, соответственно [2, 3]. В течение одного сеанса облучали не более 5 очагов поражения с экспозицией на одно поле облучения - 1 минута. При обширных и множественных очагах поражения использовали сканирующее воздействие, облучая всю поврежденную и неповрежденную слизистую оболочку полости рта. Лазерную терапию сочетали с традиционным общим и местным лечением герпетических стоматитов [2, 4].

Повторные эпизоды герпетических высыпаний в изучаемый период отмечены у 30 ($5,8 \pm 1,0\%$) детей, заболевание у которых протекало в тяжелой и средне-тяжелой формах. У детей, прошедших курс лазерного лечения по поводу легкой формы заболевания, рецидивов герпетических высыпаний не зарегистрировано. Если принять во внимание данные эпидемиологического обследования о наступлении

рецидивов заболевания у 73,4% детей [3], то возможно рассчитать ожидаемое количество фактов рецидивирования герпетических поражений. Из 514 детей, прошедших курсы лечения низкоинтенсивным гелий-неоновым лазерным воздействием следовало ожидать возникновение рецидивов герпетических стоматитов у 377 человек. Фактическое же число рецидивов оказалось равным только $5,8 \pm 1,0\%$ и диагностировано у 30 детей, перенесших атаки герпетической инфекции, через определенное время характерные высыпания появились вновь. Таким образом, использование излучения гелий-неонового лазера указанных параметров при лечении острых и хронических герпетических поражений в полости рта детей обеспечивает высокую эффективность профилактики стоматитов у детей. Организация кабинета лазерного лечения должна осуществляться в соответствии с санитарными правилами устройства и эксплуатации лазерных установок. Излучение гелий-неонового лазера, рекомендуемых параметров при выполнении правил лучевой безопасности не представляет опасности для обслуживающего персонала. Необходимо соблюдать требование о включении лазерного излучения лишь при подведении облучателя к соответствующему полю воздействия на слизистую оболочку полости рта пациентов. Персоналу запрещается наблюдение прямого или отраженного лазерного излучения без средств индивидуальной защиты - защитных очков и размещать в зоне лазерного пучка предметы, вызывающие его зеркальное отражение.

Литература.

1. Германенко, И.Г. Простой герпес и новые герпесвирусы в патологии человека-методические рекомендации / И.Г. Германенко, А.П. Кудин. -Минск: БГМУ, 2001. - 36 с.
2. Кармалькова, Е.А. Лечение острого герпетического стоматита у детей с применением гелий-неонового лазера: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Е.А. Кармалькова; МГМИ. – Минск, 1991. - 18 с.
3. Мельниченко Э.М. Рецидивирующий герпетический стоматит у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Э.М. Мельниченко; ММСИ. - М., 1986. - 40 с.
4. Михайловская, В.П. Герпесвирусы в патологии челюстно-лицевой области у детей / В.П. Михайловская, Т.В. Попруженко, Т.Г. Белая. - Минск: БГМУ, 2005. - 68 с.
5. Михайловская, В.П. Лечение острого герпетического стоматита у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / В.П. Михайловская; МГМИ. -Минск, 1994. - 18 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ГЛАЗНИЦЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕЗРАМНОЙ НАВИГАЦИИ

Михайлюков В.М., Давыдов Д.В., Левченко О.В.

*НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, ГБОУ ВПО
«Московский государственный медико-стоматологический университет»,
г. Москва, Россия*

Введение. По данным статистики ВОЗ на 2009 год травмы лица составляли около 40% от всех видов травм. В 25% наблюдений происходят нарушения целостности костных структур глазницы. В силу особенностей геометрии, а также высокой функциональной и косметической нагрузки, такие дефекты являются наиболее сложными. Повреждения костных структур данной области требуют проведения первичного восстановления дефектов с применением различных трансплантатов и металлоконструкций. Для устранения косметического дефекта, восстановления функции, важную роль играет правильная форма имплантата, точно повторяющая правильную костную архитектуру. Данную проблему призвана решить методика безрамной навигации.

Цель работы - разработать способ применения безрамной навигации для лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями глазницы.

Объекты и методы. В 2007 году сотрудниками НИИ скорой помощи им. Склифосовского разработана и успешно использована методика безрамной навигации для пластики сложных дефектов и деформаций костей черепа. На основе данного метода разработана методика безрамной навигации при деформациях глазницы. На клинической базе НИИ СП им. Склифосовского выполнено 14 реконструктивных операций. Возраст пациентов составил от 21 до 57 лет. Соотношение мужчин и женщин - 10:4. Сроки от момента получения травмы до госпитализации составили от 7 дней до 5 месяцев. В 11 наблюдениях выявлены дефекты и деформации в области глазницы, у 3-х пациентов - краниоорбитальной области. Во всех клинических ситуациях у пациентов отмечалось наличие энофтальма и гипофтальма различной степени выраженности.

В предоперационном периоде пациентам выполнялась мультиспиральная компьютерная томография, данные которой переносили в базу данных нейронавигационной установки Stryker. В последующем, основываясь на полученных аксиальных срезах, производили послойное построение виртуальной модели недостающих фрагментов костных структур глазницы. Главным условием выполнения

операции с использованием безрамной навигации являлась жесткая фиксация головы при помощи фиксирующей дуги.

Начальные этапы операции выполняли по общепринятой методике. У пациентов с сочетанными повреждениями (лобно-орбитальные) выполняли основной этап краниопластики с использованием имплантатов из полиметилметакрилата (ПММА), политетрафторэтилена (тефлон) или титановой сетки. Во время формирования имплантата контроль его формы производили с помощью поинтера нейронавигационной установки, таким образом, чтобы каждая точка поверхности изготовленного имплантата совпадала с аналогичной точкой «виртуальной модели», отображенной на дисплее.

В послеоперационном периоде производили компьютерную томографию костей лицевого черепа с 3D-реконструкцией с целью анализа формы и местоположения установленного имплантата.

Результаты. У всех пациентов полностью удалось устранить посттравматические глазничные и краниоорбитальные дефекты и деформации с восстановлением утраченного объема. При этом был достигнут хороший функциональный (устранены энтофтальм и гипотофтальм) и косметический эффект. Осложнений в послеоперационном периоде выявлено не было.

Погрешность при использовании костных меток в процессе совмещения реального и виртуального объектов в сочетании с жесткой фиксацией головы в данном исследовании составила 1,2 мм.

Заключение. Таким образом, использование методики безрамной навигации в хирургическом лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями глазницы имеет ряд преимуществ. Для создания виртуальной модели глазницы не требуется выполнения предоперационного прототипирования. Создание виртуальной модели костных дефектов глазницы занимает около 20 минут. Разработанная методика безрамной навигации при устранении дефектов и деформаций глазницы позволяет максимально точно воспроизвести форму, объем и положение костных фрагментов, имплантатов и аутоотрансплантатов, что позволяет добиться высоких функциональных и эстетических результатов у пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями глазницы.

Литература.

1. Использование безрамной навигации для пластического устранения костных дефектов лобно-глазничной локализации / О.В. Левченко [и др.]. // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* - 2011. - № 3. - С. 30-36.
2. Применение эндоскопической навигационной системы на основе МСКТ в хирургическом лечении больных с сопутствующей офтальмологической патологией при травме средней зоны лица / В.А. Стучилов

- [и др.]. // Диагностическая и интервенционная радиология. - 2011. – Т. 5. - №. 2. - С. 426-427.
3. Does intraoperative navigation restore orbital dimensions in traumatic and post-ablative defects? / R. Michael [et al.]. // Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. -2011. – Vol. 56. - P. 1-7.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ В СФОРМИРОВАННОМ ПРИКУСЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Наумович С.А., Наумович С.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Лечение зубочелюстных аномалий у взрослых является одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии. Клиническая картина аномалий прикуса у них осложнена потерей зубов, деформацией зубных рядов и челюстей, функциональной перегрузкой периодонта [1, 4, 5, 7], вызванной нарушением окклюзии. У взрослых снижается реактивность организма, уменьшается пластичность тканей челюстей, сроки ортодонтического лечения в сформированном прикусе длительные, не всегда достигается ожидаемый эффект. Пациенты длительное время находятся под наблюдением специалистов, результаты ортодонтического лечения менее устойчивы, наблюдается большая склонность к рецидивам. Частые неудачи заставляют врачей ограничиваться протетическими мероприятиями. При этом не устраняются окклюзионные нарушения, являющиеся основным патогенетическим фактором развития заболеваний пародонта, изменений в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстных суставах. Хирургические вмешательства с рассечением верхней и нижней челюсти сложны, требуют длительной иммобилизации обеих челюстей и ещё более сложного послеоперационного лечения пациентов [2, 3], связанного с особенностями сформированного прикуса и относительно устойчивым артикуляционным равновесием между зубными рядами.

Цель работы - повышение эффективности комплексного лечения аномалий и деформаций зубочелюстной системы в сформированном прикусе.

Объекты и методы. Объектами для решения поставленных задач послужили результаты обследования и лечения 274 пациентов, в том числе 205 женщин и 69 мужчин с аномалиями и деформациями зубочелюстной системы в возрасте от 15 до 39 лет в сформированном прикусе, обратившихся на кафедру ортопедической стоматологии

УО БГМУ и в Республиканскую клиническую стоматологическую поликлинику. В работе была использована методика решетчатой компактостеотомии, предложенная А.Т. Титовой [8]. Перед операцией решетчатой компактостеотомии всем пациентам изготавливали ортодонтические аппараты. Ортодонтические аппараты накладывали на 7-14 сутки после операции в зависимости от клинической ситуации. Оперативное вмешательство в области всей челюсти выполнялось под общим обезболиванием, а в пределах какого-то одного участка зубного ряда - под местным. Перед наложением ортодонтических аппаратов наблюдалась заметная подвижность зубов, что является следствием реактивных процессов, происходящих в костной ткани в ответ на компактостеотомию. Комплексное лечение данной патологии в сформированном прикусе рекомендуется проводить в сочетании с применением гелий-неонового лазера (ГНЛ) ($\lambda=632,8$ нм, $p=120-130$ мВт/см²) и гелий-кадмиевого (ГКЛ) ($\lambda=441,6$ нм, $p=80-90$ мВт/см²) с выходной мощностью 20мВт, на одну точку 0,5-1 минут в течение одного сеанса, число сеансов 8-12 на 1-1,5 курса лечения, суммарно не более 15 минут в ретенционном периоде ортодонтического лечения. Мощность лазерного облучения устанавливают перед каждой процедурой. Для определения эффективности лазерной активации остеогенеза был проведён сравнительный анализ подвижности зубов и напряжения O_2 у 30 пациентов после комплексного ортопедохирургического лечения аномалий зубочелюстной системы в сформированном прикусе. Такое же число пациентов вошло и в контрольную группу.

Результаты. Клинические наблюдения и результаты экспериментальных исследований показали, что процессы остеогенеза в ретенционном периоде после комплексного лечения у пациентов под воздействием лазеротерапии протекали заметно быстрее, чем в контрольной группе. Это подтверждается ускоренным снижением подвижности зубов, которая через месяц от начала ретенционного периода становилась малоопределяемой. В то же время у пациентов контрольной группы она становилась клинически выраженной. Результаты клинических наблюдений подтверждены данными полярографии – определения напряжения O_2 в тканях альвеолярного отростка после лазеротерапии (ГНЛ+ГКЛ). Напряжение O_2 без применения лазеротерапии в контроле и опыте почти одинаково: $21,1 \pm 2,9$ и $22,3 \pm 2,8$ мм рт. ст., соответственно. С применением стимуляции лазером напряжение O_2 увеличивается и становится $29,1 \pm 3,1$ мм рт. ст. На основании полученных данных можно утверждать, что облучение ГНЛ+ГКЛ в ретенционном периоде

в сформированном прикусе способствует активации окислительно-восстановительных процессов во всех тканях альвеолярного отростка челюсти, где заметно и объективно ускоряются процессы остеогенеза. Разработана и внедрена в клиническую практику методика лазерной компактостеотомии на базе импульсно-периодического лазера на АИГ: Nd с длиной волны 1064 нм [6].

Заключение. Таким образом, лечение зубочелюстных аномалий и деформаций в сформированном прикусе должно быть комплексным, включающими компактостеотомию, аппаратурное ортодонтическое лечение, стимуляцию процессов остеогенеза в ретенционном периоде, протетические мероприятия (по показаниям). Сочетание хирургического (компактостеотомии) и ортодонтического лечения в 3 раза сокращает сроки активного его периода, а применение лазеротерапии в ретенционном периоде ортодонтического лечения позволяет сократить его сроки в 2,5 раза.

Литература.

1. Биомеханика системы «зуб-периодонт-костная ткань»: монография / С.А. Наумович [и др.]. – Минск: БГМУ, 2009. – 279 с.
2. Гунько, И.И. Клинико-экспериментальное обоснование применения физиотерапевтических методов комплексном лечении зубочелюстных аномалий сформированного прикуса: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.21 / И.И. Гунько; Бел. Гос. Мед. ун-т. – Минск, 2004. – 37 с.
3. Ивашенко, С.В. Лечение зубочелюстных аномалий и деформаций в сформированном прикусе с применением физических и физико-фармакологических методов (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.14 / С.В. Ивашенко; Бел. Гос. Мед. ун-т. – Минск, 2011. – 44 с.
4. Наумович С.А. Биомеханика системы «зуб-периодонт»: монография / С.А. Наумович, А.Е. Крушевский. – Минск: Экономические технологии, 2000. – 132 с.
5. Наумович, С.А. Диагностика и комплексное лечение вертикальных аномалий зубочелюстной системы в сформированном прикусе: монография / С.А. Наумович, И.И. Гунько, Г.А. Берлов. – Минск: БГЭУ, 2001. – 118 с.
6. Наумович, С.А. Механизм лазерного сверления зубной и костной ткани излучением импульсно-периодического лазера на АИГ: Nd / С.А. Наумович, Г.А. Берлов, С.А. Батище // Современная стоматология. – 1997. - № 1. – С. 15-18.
7. Наумович, С.А. Повышение эффективности комплексного (ортопедохирургического) лечения аномалий и деформаций зубочелюстной системы в сформированном прикусе (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.21 / С.А. Наумович; Бел. Гос. Мед. ун-т. – Минск, 2001. – 42 с.
8. Титова, А.Т. Хирургическое лечение микрогении в детском и юношеском возрасте : монография / А.Т. Титова. – Л.: «Медицина». - 1975. – 182 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРЁХМЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ЗУБОВ И ЧЕЛЮСТЕЙ

Наумович С.С., Наумович С.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Развитие технологии конусно лучевой компьютерной томографии привело к появлению на рынке стоматологического оборудования более десятка специализированных дентальных томографов различных производителей [3]. Обработка врачом полученного изображения осуществляется в каждом томографе с помощью специализированного программного обеспечения производителя, которое позволяет просматривать как плоскостные изображения срезов, так и строить объёмную модель исследуемого сегмента. Однако, несмотря на декларируемые производителями трехмерные возможности реконструкции, в реальности получаемая картинка абсолютно не позволяет разделить контуры зубов и челюстей. Поэтому для детальной оценки органов и тканей врачу все равно приходится обращаться к плоскостным изображениям. Сложность в трехмерной реконструкции зубочелюстной системы связана как с недостаточной разрешающей способностью современных дентальных томографов, так и с очень схожими параметрами оптической плотности костной ткани и твердых тканей зуба. Также сегментация изображений зубов затруднена из-за наличия контактов зубов по аппроксимальным поверхностям. Разделение этих органов на отдельные элементы с применением стандартных алгоритмов обработки изображений, заложенных в томографы, не представляется возможным.

Цель исследования – разработать алгоритм сегментации и программное обеспечение для построения трехмерных моделей зубочелюстной системы.

Объекты и методы. Объектом исследования явились компьютерные томограммы пациентов в формате DICOM 3, представляющие собой двумерные слои трехмерного изображения, полученные как на конусно лучевых, так и на спиральных томографах. Данный формат является международным стандартом при работе с медицинскими изображениями. Для реализации пользовательского интерфейса программы использовалась библиотека с открытым кодом Qt компании Nokia. Она открыта и поддерживается на большом числе платформ, включая Windows, Linux и MacOS, что позволяет легко переносить созданное на её основе программное обеспечение на различные платформы. В качестве основного языка программирования был использован C++, на котором основана

библиотека Qt. Для создания процедур отображения были использованы средства, предоставляемые OpenGL для ускорения вычислений. Коррекция контрастности и яркости, а также вывод модели рентгеновского изображения был построен на основе языка GLSL, которые компилируется на этапе выполнения программы в команды, выполняемые графическим ускорителем.

Результаты. Процесс выделения объектов на изображении называется сегментацией [1, 2]. В отличие от большинства внутренних органов сегментация зубов и челюстей, в предложенном алгоритме, выполняется в три этапа: 1) сегментация всех зубов и челюсти, верхней или нижней, с созданием объектов «Зубной ряд» и «Челюсть»; 2) уточнение объекта «Челюсть»; 3) разбиение объекта «Зубной ряд» на отдельные объекты «зуб_XX».

Первый этап сегментации заключается в построении грубой модели всего зубного ряда, включающей все зубы челюсти с корнями и коронками, и начальной модели челюсти с помощью пороговой сегментации и методики преобразования водораздела. Учитывая, что каждая точка томограммы имеет свою яркость, которая зависит от того, насколько оптически плотным является участок органа или ткани, то, задавая пороговые значения оптической плотности, можно отделить сегменты изображения с одинаковой яркостью, или оптической плотностью. Такими сегментами, или объектами, будут челюсть и зубной ряд. Для этого на исходных изображениях компьютерных томограмм расставляются маркеры, соответствующие каждому сегменту: челюсти и зубам. В результате работы алгоритм создаёт два объекта, соответствующих положениям маркеров – объекты «Зубной ряд» и «Челюсть». Так как плотность костной ткани в некоторых отделах может быть достаточно низкой, то после проведения первого этапа сегментации определенные части челюсти (особенно верхней) с низкой минерализацией могут не отображаться. Поэтому для определения истинных размеров челюсти необходимо расширение её начальной модели с указанием меньшего нижнего порога сегментации. Применение при обработке изображений двухэтапной сегментации с разными порогами позволяет максимально точно реконструировать челюстные кости без потери данных. Получившийся в результате сегментации по методике преобразования водораздела объект «Зубной ряд» требует уточнения. Так как зубы в норме контактируют по аппроксимальным поверхностям, то на обработанных томограммах объект «Зубной ряд» представляет собой единую поверхность, без разделения зубов на отдельные модели. Поэтому следующим этапом в программе предусмотрено разрезание объекта «Зубной ряд»

на отдельные зубы по специальной методике. В результате отделения зубов друг от друга каждый зуб будет представлен отдельным объектом, который можно исследовать и анализировать.

Заключение. Разработанный алгоритм и программный модуль могут успешно использоваться с изображениями, полученными с различных компьютерных томографов, а полученные модели дают врачу-стоматологу дополнительные возможности на различных этапах диагностики и планирования лечения пациентов стоматологического профиля.

Литература.

1. Hassan, B. Accuracy of three-dimensional measurements obtained from cone beam computed tomography surface-rendered images for cephalometric analysis: influence of patient scanning position / B. Hassan, van der P. Stelt, G. Sanderink // Eur. J. Orthod. - 2009. – Vol. 31 (2). - P. 129–134.
2. Image quality produced by different cone-beam computed tomography settings / J.C. Kwong [et al.]. // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2008. – Vol. 133. – P. 317–327.
3. Quereshy, F.A. Applications of cone beam computed tomography in the practice of oral and maxillofacial surgery / F.A. Quereshy, T.A. Savell, J.M. Palomo // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2008. – Vol. 66. - P. 791–796.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ОСТРОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ ДИАДЭНС ДИАГНОСТИКИ

Походенько-Чудакова И.О., Казакова Ю.М., Молодова Т.Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Белорусский Сотрудничающий Центр ЕАСМФС,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Число гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области одонтогенной этиологии на современном этапе не имеет тенденции к снижению. Удельный вес лиц с указанной патологией составляет 27,2-61% от общего числа госпитализированных пациентов и 10–20% от числа проходивших лечение в специализированных отделениях [2]. Причем значимая доля гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области протекает не только с развитием тяжелых осложнений [3], но достаточно часто является причиной диффузии острой одонтогенной инфекции и связанной с этим патологией органов и систем организма человека [5].

Научно-технический прогресс привел к созданию новых возможностей электропунктурной диагностики с использованием диадинамической электро-нейростимуляции (ДиаДЭНС) методом «Биорепер», разработанным на основе научно-обоснованной взаимосвязи биологически активных точек ушной раковины

и внутренних органов представленной Р. Nogier (1957) [1]. Данная диагностическая система ДиаДЭНС широко используется в практике, и зарекомендовала себя как объективный, информативный и надёжный способ диагностики [4].

Однако на сегодняшний день в специальной литературе не представлено работ содержащих сведений о возможности прогнозирования развитием очаговой диффузии острой одонтогенной инфекции (генерализации процесса) по данным ДиаДЭНС диагностики.

Цель работы – определить возможность прогнозирования очаговой диффузии острой одонтогенной инфекции при помощи ДиаДЭНС диагностики.

Объекты и методы. При проведении исследований по определению возможности прогнозирования очаговой диффузии острой одонтогенной инфекции при помощи ДиаДЭНС диагностики было обследовано 40 пациентов с диагнозами: острый одонтогенный остеомиелит, осложнённый абсцессом челюстно-язычного желобка (14); острый одонтогенный остеомиелит, осложнённый абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства (14); острый одонтогенный остеомиелит, осложнённый флегмоной дна полости рта (12).

Все указанные индивидуумы также были подвергнуты социологическому исследованию путём анкетирования. Анкета, заполняемая обследуемыми лицами, включала следующие вопросы:

- есть ли у Вас в анамнезе заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт, аритмии различного генеза, артериальная гипертензия (АГ), инсульт)?
- есть ли у Вас в анамнезе заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, хронический бронхит, пневмония)?
- есть ли у Вас в анамнезе заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка, дуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей, холецистит)?

Клиническое обследование пациентов включало: стоматологическое обследование, диагностику с использованием диадинамической электро-нейростимуляции (ДиаДЭНС) методом «Биорепер» [4] и обследование, назначавшееся врачом-интернистом. Указанное клиническое обследование всем пациентам выполняли дважды: при обращении пациента за специализированной помощью и через 1 год после завершения комплексного лечения (первичной хирургической обработки, комплексной противовоспалительной и антимикробной терапии).

Полученные данные подвергли статистической обработке.

Результаты. Результаты изучения зависимости анкетного опроса по органам и системам у лиц с острыми гнойными процессами челюстно-лицевой области свидетельствовали, что только 15 (38%)

респондентов указывали на какие-либо отклонения со стороны здоровья ранее. Данные обследования при помощи диадинамической электро-нейростимуляции (ДиаДЭНС) методом «Биорепер» пациентов с острыми гнойными процессами в челюстно-лицевой области показали, что у 8(20%) человек не имели патологии со стороны органов и систем, у 18(45%) изменения носили функциональный характер, а у 14(35%) - констатировались органические поражения.

По данным врача-интерниста 10(25%) человек не имели патологии со стороны органов и систем, у 21(53%) изменения носили функциональный характер, а у 9(22%) - констатировались органические поражения.

Следует подчеркнуть, что у 14(35%) пациентов был констатирован синдром системной воспалительной реакции (SIRS). Из их числа 9 человек (22%) были лица с органическими поражениями органов и систем 5 (12,5%) человек, у которых констатировались функциональные изменения.

При повторном обследовании через 1 год данные ДиаДЭНС диагностики не изменились, а данные врача-интерниста свидетельствовали о том, что из общего числа обследованных 9(22,5%) человек не имели патологии со стороны органов и систем, у 18(45%) изменения носили функциональный характер, а у 13(32,5%) - констатировались органические поражения.

Сопоставление информации социологического обследования, результатов ДиаДЭНС диагностики и данных обследования врача-интерниста выявило следующее. Совпадения в данных социологического опроса и ДиаДЭНС диагностики составили 20%, а соответствие результатов обследования врача-интерниста и ДиаДЭНС диагностики составило 87,5%. При обследовании через год прогностическая точность данных ДиаДЭНС диагностики равнялась 97,5%.

Заключение. Таким образом, основываясь на полученных результатах можно заключить, что диагностическая система ДиаДЭНС может быть использована для прогнозирования очаговой диффузии острой одонтогенной инфекции.

Литература.

1. Концепция электромагнитного гомеостаза и принцип «Биорепер» в электропунктурной диагностике / А.М. Василенко [и др.]. // Рефлексотерапия. – 2003. - № 4. – С. 41-44.
2. Кубаев, Р.Э. Клинико-гениалогический анализ родословных детей, больных гнойно-воспалительными заболеваниями челюсти / Р.Э. Кубаев, Н.М. Шавазидзе // Мед. науч. и учеб.-метод. журн. – 2001. – № 3. – С. 152–158.
3. Хирургические инфекции: руководство / под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, Л.А. Шляпкиной. – СПб: Питер, 2003. – 864 с.

4. Черныш, И.М. Новые принципы электропунктурной диагностики. Метод «Биорепер» / И.М. Черныш // Рефлексология. – 2006. – Т. 10. - № 2. – С. 38-43.
5. Юдина, Н.А. Роль воспалительных заболеваний периодонта в развитии ишемической болезни сердца / Н.А. Юдина, Г.А. Скороход // Сборник материалов городской науч.-практ. конф. с международ. участием «Паринские чтения»; под ред. И.О. Походенько-Чудаковой, О.П.Чудакова, С.А.Кабановой.- Витебск: ВГМУ, 2008. - С. 89–92.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ НАКОСТНЫХ ПЛАСТИН

Савельев А.Л., Монаков В.А., Монаков Д.В.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
г. Самара, Россия*

Введение. Адекватная иммобилизация отломков является важнейшим фактором, обеспечивающим успех лечения пациентов с переломами нижней челюсти. За последние десятилетия в челюстно-лицевой хирургии создано множество систем для фиксации отломков нижней челюсти. В то же время остаются малоизученными вопросы взаимодействия фиксирующего устройства с костной тканью, влияния его на костную ткань.

Цель работы - усовершенствовать методы лечения пациентов с переломами нижней челюсти путём создания индивидуальных на костных пластин.

Объекты и методы. Для уточнения напряженно-деформированного состояния, возникающего в челюсти при лечении переломов с помощью на костных пластин, была предложена математическая модель нижней челюсти. При решении задачи использовался метод конечных элементов.

На основании компьютерного моделирования была предложена на костная пластина оригинальной конструкции, предназначенная для фиксации внутриротовым доступом отломков в области угла нижней челюсти. Пластина состоит из двух разновеликих фиксирующих плеч и промежуточной части. Дистальное плечо имеет длину 15 мм и предназначено для фиксации дистального отломка нижней челюсти. Плечо во время операции укладывается на ветвь нижней челюсти или в ретромолярном пространстве, доходя до дистальной поверхности последнего моляра. Медиальное плечо имеет длину 20-25 мм в зависимости от индивидуальных геометрических характеристик нижней челюсти. Медиальное плечо располагается по наружной кривой линии и предназначено для фиксации центрального отломка. Фиксирующие плечи жёстко соединены промежуточной частью. При

помощи виртуальной модели провели сравнение величины внутрикостных напряжений, развивающихся в костной ткани при фиксации отломков нижней челюсти прямыми титановыми пластинами, дугообразными пластинами, пластинами Х-образной формы и индивидуальными пластинами предложенной нами конструкции. При этом выявлено, что наибольшие напряжения (до 8,1 МПа) развиваются при использовании дугообразных пластин, наименьшие (3,4 МПа) – при использовании индивидуальной пластины.

Были выделены две группы пациентов. Группу исследования составили 30 человек, средний возраст – $47,1 \pm 0,5$ года (26 мужчин и 6 женщин). В контрольную группу вошли 50 человек, средний возраст – $41,5 \pm 0,4$ года (43 мужчины и 7 женщин). Все пациенты были госпитализированы в клинику челюстно-лицевой хирургии по поводу переломов нижней челюсти в области угла. Лечение пациентов группы исследования проводилось с использованием индивидуальных пластин. При лечении лиц контрольной группы индивидуальные пластины не использовались. Оценка результатов лечения проводилась при помощи реовазографии.

Результаты. В первый день после остеосинтеза отломков у пациентов исследуемой группы в среднем реографический индекс (РИ) был равен $0,38 \pm 0,01$ у.е., диастолический индекс (ДИК) $0,98 \pm 6,76\%$, диастолический индекс (ДИА) $41,99 \pm 4,53\%$, максимальная скорость быстрого наполнения (V_{\max}) – $0,53 \pm 0,02$ Ом/с, средняя скорость медленного наполнения ($V_{\text{ср}}$) – $0,31 \pm 0,02$ Ом/с. У лиц контрольной группы в первый послеоперационный день в среднем РИ находился в пределах $0,59 \pm 0,05$ у.е., ДИК – $22,79 \pm 3,67\%$, ДИА – $49,82 \pm 4,51\%$, V_{\max} – $0,77 \pm 0,06$ Ом/с, $V_{\text{ср}}$ – $0,37 \pm 0,03$ Ом/с.

К восьмому дню после операции РИ в исследуемой группе в среднем составил $0,97 \pm 0,03$ у.е., в контрольной группе – $0,51 \pm 0,03$ у.е. ДИК в исследуемой группе был равен в среднем $48,81 \pm 1,67\%$, в контроле – $37,1 \pm 1,76\%$. ДИА у пациентов исследуемой группы на восьмой послеоперационный день был равен $60,42 \pm 1,78\%$, в контроле – $66,22 \pm 2,84\%$. V_{\max} в исследуемой группе был равен $1,14 \pm 0,04$ Ом/с, в контроле – $0,81 \pm 0,14$ Ом/с. $V_{\text{ср}}$ – $0,46 \pm 0,01$ Ом/с и $0,34 \pm 0,01$ Ом/с.

Таким образом, анализ реограмм лиц с переломами нижней челюсти в послеоперационном периоде показывает, что в результате операционного вмешательства у пациентов обеих групп основные изменения сосудистого русла послеоперационной области коснулись магистрального кровотока без существенного изменения тонуса и функциональной активности сосудов мелкого калибра. В дальнейшем у лиц исследуемой группы в течение восьми дней, происходило

восстановление пульсового кровенаполнения тканей послеоперационной области, регионарного сосудистого периферического сопротивления и скорости кровотока. В группе контроля значения всех наиболее показательных параметров регионарного кровотока оставались по истечении этого срока существенно сниженными.

Заключение. Использование в лечении пациентов с переломами нижней челюсти компьютерного моделирования позволяет обеспечить стабильный малотравматичный остеосинтез. Применение индивидуальных наkostных пластин обеспечивает быстрое восстановление нормальной гемодинамики послеоперационной области и сокращает сроки нетрудоспособности.

Литература.

1. Артюшкевич, А.С. Лечение переломов нижней челюсти с позиции анатомии и биомеханики / А.С. Артюшкевич, О.Н. Катарне // Современная стоматология. - 2001. - № 3. – С. 38-41.
2. Афанасьев, В.В. Травматология челюстно-лицевой области / В.В. Афанасьев. - М.: «ГЭОТАР Медиа», 2010. – 256 с.
3. Бажанов, Н.Н. Использование компьютерных технологий в восстановительной и реконструктивной хирургии опорных тканей лица / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, А.С. Шалумов // Стоматология. - 2000. - № 1. – С. 39-41.
4. Ронкин, М.А. Реография в клинической практике / М.А. Ронкин, Л.Б. Иванов. - М., 1997. – 403 с.
5. Wolfe, A.S. Facial Fractures / A.S. Wolfe, S. Baber. – Thieme, 1993. – 160 p.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТИТА

Соколова И.И., Томилина Т.В., Воропаева Л.В.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Введение. Профилактика в современной системе организации первичной медико-санитарной помощи населению рассматривается как приоритетное направление [1, 2].

Основой обеспечения первичной профилактики герпетического и кандидозного стоматита является дифференцированный подход к проведению профилактических мероприятий с выделением групп динамического наблюдения (диагностической, лечебно-профилактической) и разработка стандартов качества диагностики, профилактики и динамического наблюдения не только пациентов, но и лиц с факторами риска развития стоматита [3].

В данном исследовании проведено изучение частоты и выраженности факторов формирования стоматита, что позволило оценить их прогностическое и диагностическое значение, а также

разработать алгоритмы комплексной оценки риска возникновения кандидозного и герпетического стоматита.

Цель исследования - определение роли клинико-анамнестических, конституционально-биологических, социально-гигиенических факторов в первичной профилактике хронического рецидивирующего герпеса и хронического кандидоза.

Объекты и методы. Исследование базировалось на анализе результатов обследования 152 пациентов, из них 50 - с хроническим рецидивирующим герпесом, 54 - с хроническим кандидозным стоматитом и 48 клинически здоровых лиц контрольной группы в возрасте 30-49 лет.

Факторы, способствующие формированию стоматита, использованные в исследовании: клинико-анамнестические, конституционально-биологические, социально-гигиенические.

Цифровой материал статистически обрабатывали с использованием параметрического критерия Стьюдента, непараметрического метода последовательного анализа Вальда в модификации Е.В. Гублера [4].

Для определения профилактической значимости изучаемых факторов был использован информационно-энтропийный анализ, который позволил определить степень упорядоченности этиопатогенетической системы пациентов и здоровы.

Проведено изучение частоты и выраженности факторов, способствующих формированию стоматита, что позволило оценить их прогностическое и диагностическое значение, а также составить схемы профилактики данных заболеваний.

Результаты. Таким образом, исходя из фундаментальных принципов упорядоченности систем, увеличение её энтропии свидетельствует о качественно более неблагоприятном состоянии системы, а уменьшение энтропии - о её больших компенсаторных возможностях. Проведенное изучение позволило экспериментально подтвердить эти фундаментальные положения. Так, обобщенная характеристика групп пациентов и группы здоровых (полученная по 17 значимым факторам) выглядит следующим образом: энтропия этиопатогенетической системы здоровых составила $H_0 \sim 6,499$ бит; пациентов с кандидозным стоматитом - $H_{Кс} = 7,284$ бит, а герпетическим - $H_{Гс} = 7,697$ бит. В целом, можно сделать вывод о том, что наименьшей энтропией характеризуются здоровые, а наибольшей - пациенты герпетическим стоматитом, тогда как лица с кандидозным стоматитом - занимают промежуточное положение. Из указанного также следует, что за счёт устранения приведённых факторов можно уменьшить риск формирования стоматита: кандидозного - на

36,1%; герпетического - на 33,7%. Приведенные факторы формируют профилактический потенциал в отношении предупреждения формирования стоматита и его рецидивов.

Однако не все приведенные факторы являются управляемыми, поэтому была изучена многофакторная структура профилактического потенциала и выделены несколько компонент: конституционально-биологическая (35,1%), клиническая (47,5%) и социально-гигиеническая (17,4%). Из перечисленных групп управляемыми являются социально-гигиенические факторы и, частично, клинико-анамнестические факторы, тогда как конституционально-биологические только детерминируют риск возникновения стоматита и не обладают профилактическим потенциалом.

Анализируя группу социально-гигиенических факторов, можно отметить, что все выделенные в процессе исследования факторы являются управляемыми (по рангу возможного профилактического эффекта от их устранения): устранение психо-эмоциональных ситуаций, отказ от курения и употребления алкоголя, обеспечение необходимого ухода за полостью рта, а также повышение образовательного уровня и уровня благоустройства жилья.

В группе клинико-анамнестических факторов установлена ранговая последовательность, отражающая профилактический потенциал каждого из факторов: дисгармоничность физического развития, наличие кариеса, наличие сочетанной хронической и/или острой бронхолегочной патологии, а также конъюнктивитов. Указанные факторы можно только условно считать управляемыми, поскольку их устранение или уменьшение их влияния можно рассматривать как мероприятия вторичной профилактики стоматита.

Заключение. Таким образом, системно обоснованный подход к ранней диагностике, первичной и вторичной профилактике стоматита, а также определение потребности в лечебно-профилактических мероприятиях должны быть индивидуализированы и должны базироваться на количественной оценке профилактического потенциала здоровых с факторами риска и пациентов со стоматитом.

Литература.

1. Бахуринский, Ю.М. Рекомендации по организации системы контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения / Ю.М. Бахуринский // Вісник стоматології. - 1998. - № 3. - С. 40-42.
2. Безруков, В.М. Основные направления научных исследований по эпидемиологии стоматологических заболеваний / В.М. Безруков, А.В. Алимский, Б.А. Азрельян // Новое в стоматологии. - 1995. - № 4. - С. 18-21.
3. Голик, В.П. К вопросу об использовании метода структурного анализа в стоматологии / В.П. Голик, В.А. Никитин, А.Н. Зосимов // Вестник стоматологии. - 1996. - № 4. - С. 311-315.

4. Гублер, Е.В. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях / Е.В. Гублер, А.А. Генкин. - Донецк: «Медицина», 1973. – 80 с.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА У ЛИКВИДАТОРОВ, УЧАСТВОВАВШИХ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Стожаров П.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Состояние полости рта, особенно тканей периодонта, в особой степени отображает уровень функционирования различных органов и систем организма, в первую очередь пищеварительной, сердечно-сосудистой, эндокринной и выделительной. Кроме того, известно, что ионизирующее излучение имеет модифицирующее влияние на течение основных заболеваний. Обнаружено, что одновременно с прогрессирующей патологией сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, центральной нервной систем у лиц, подвергшихся действию ионизирующего излучения, чаще диагностируются нарушения стоматологического статуса.

Целью данного исследования было определение характера изменений, возникающих в периодонте вследствие сочетанного действия общих (соматическая патология) и местных (особенности протезирования) факторов у лиц, подвергшихся влиянию высоких доз ионизирующего излучения.

Объекты и методы. Через 12-14 лет после участия в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС на базе УО «Белорусский государственный медицинский университет» и диспансера радиационной медицины было обследовано 54 пациента (в возрасте от 36 до 58 лет). Все они получили дозу облучения более 1 Гр, а 8 перенесли острую лучевую болезнь I-III степени тяжести. По данным вторичной диспансеризации, на момент аварии все пациенты были практически здоровы. Всем проводилось комплексное обследование состояния здоровья, в том числе полости рта. Группу сравнения составили 24 пациента, которые обратились за стоматологической помощью в ГУ «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника» (в возрасте от 27 до 57 лет), которые не имели контакта с источниками ионизирующего излучения. Стоматологическое обследование включало клиническое обследование полости рта, а также пробы, которые используются в стоматологической практике: проба

Шиллера-Писарева, Кулаженко, на наличие периодонтальных карманов – бензидиновая.

Результаты. Из 54 пациентов основной группы на момент обследования в полости рта у 13 были полные съёмные протезы, у 19 – частичные съёмные протезы, 22 человека пользовались несъёмными конструкциями с различных сплавов. Из 24 пациентов группы сравнения - 6 пользовались частичными съёмными протезами, 8 – несъёмными протезами. У 46 обследованных основной группы диагностированы изменения твёрдых тканей зубов некариозного происхождения, а также патологическое стирание всех групп зубов, клиновидные дефекты и эрозия эмали различной степени тяжести. У пациентов группы сравнения характерными были кариозные поражения, диагностированное у 3-х человек патологическое стирание расценивалось как следствие утраты дистальной группы зубов. При обследовании пациентов, у которых в послеаварийные года был выявлен сахарный диабет, доминируют жалобы на мигрирующие боли в зубах и дёснах. При осмотре полости рта таких пациентов в тканях периодонта превалировали атрофические гингивиты и рецессия десны с выраженной кровоточивостью. У всех обследованных из группы сравнения выявлен хронический генерализованный периодонтит легкой или средней степени тяжести. У пациентов, которые страдают нарушениями процессов обмена (атеросклероз, эндокринная патология), на зубах большое количество твёрдых зубных отложений, которые сильно прикреплены к поверхности. Особое внимание заслуживают пациенты с заболеваниями пищеварительной системы, поскольку все воспалительные процессы, которые происходят в желудочно-кишечном тракте, находят своё отражение в состоянии тканей полости рта. Кроме того, спинка языка покрыта серо-жёлтым налётом, и его сосочки или атрофированы, или увеличены. На губах определяются хронические хейлиты, трещины, заеды или следы от них. Такие изменения были у 48(89%) человек пациентов основной группы против 8(35%) – с группы сравнения. Характерным для всех пациентов, которые подверглись влиянию высоких доз радиации, было преобладание дистрофических процессов над воспалительными. Так проба Шиллера-Писарева у 44 человек из 54(75%) была негативной, глубокие периодонтальные карманы были выявлены только в области тех зубов, которые были покрыты коронками, образующими дополнительные ретенционные пункты и травмирующими ткани периодонта. Резко положительной была проба Кулаженко: у 100% обследованных время образования гематомы было снижено - 5-12 секунд, что свидетельствует о хрупкости сосудов. Активный воспалительный процесс

со значительной резорбцией межкорневых перегородок альвеолярного отростка, оголением корней, периодонтальными карманами с экссудатом, диффузным гингивитом определялся у пациентов, которые пользуются несъёмными протезами из сплавов стали (особенно с нитрит-титановым покрытием).

Заключение. Изменения, происходящие в полости рта у пациентов с высокими поглощенными дозами ионизирующего излучения, в определенной степени отражают соматическую патологию, модифицированную ионизирующим излучением. Непосредственное влияние ионизирующего излучения на слизистую оболочку, слюнные железы и твёрдые ткани зубов характеризуются дистрофическими изменениями в периодонте – атрофическим гингивитом и рецессией десны, в твёрдых тканях – клиновидными дефектами, эрозиями, патологическим стиранием на фоне гипосаливации. При наличии в полости рта облучённых пациентов дополнительного раздражителя в виде несъёмных ортопедических конструкций, особенно стальных с нитрит-титановым покрытием, активизируется воспалительный компонент, присоединяются процессы резорбции твёрдых тканей, что обусловлено очевидно снижением количества иммуноглобулинов класса А в ротовой жидкости, явлениями гальваноза и нарушением процессов ороговения эпителия. Эта особенность течения стоматологических заболеваний у лиц с высокими дозами радиационного облучения осложняет их лечение и протезирование. Поэтому для успешного разрешения этой проблемы необходимо избегать протезирования данной категории пациентов протезными конструкциями с нитрит-титановым покрытием.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗМЕРИТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ЭКСПЕРТНЫЙ БЕТА-ГАММА-СИЧ»

Чешко Н.Н., Чудаков В.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УО «Международный государственный экологический университет им.
А.Д.Сахарова»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Мероприятия по ликвидации радиационных последствий аварии на ЧАЭС перешли в завершающую стадию. В настоящее время идут исследования мониторингового характера, позволяющие получить информацию о дозах облучения населения от основных дозообразующих источников радиации. Такая работа носит системный

характер и осуществляется в рамках республиканского социально-гигиенического мониторинга.

Цель работы – оценка дозовых нагрузок населения с использованием измерительного комплекса «Экспертный бета-гамма-СИЧ».

Объекты и методы. В 2008-2010 гг. в Международном государственном экологическом университете им. А.Д. Сахарова (МГЭУ) на измерительном комплексе для определения уровней накопления радионуклидов в организме были обследованы 82 студента МГЭУ и в 2011 г. – 47 школьников из г. Дзержинска Минской области.

«Экспертный бета-гамма-спектрометр человека (СИЧ)» предназначен для прижизненного измерения активности инкорпорированных радионуклидов и содержит бета- и гамма-каналы. Бета-канал является фактически «стронциевым» СИЧом. Его назначение состоит в определении удельной активности равновесного стронция-90, инкорпорированного в костной ткани лобно-теменной и затылочной частей головы человека. Гамма-канал представляет собой спектрометр излучений человека для измерения гамма-излучающих радионуклидов в теле человека и, в первую очередь, Cs-137, а также K-40, I-131, Zr-95, Ce-144, Co-60 и др. На основании показателей гамма-СИЧ производится оценка дозовой нагрузки: ожидаемой годовой индивидуальной эквивалентной дозы внутреннего облучения. В обычном рабочем режиме эксплуатации измерительный комплекс «Экспертный бета-гамма СИЧ» производит оценку содержания следующих нуклидов: Cs-137, K-40, Sr-90 [1, 2].

Результаты. В первый же год использования измерительного комплекса было обнаружено, что около 20-25% студентов имеют значения содержания Sr-90 на уровне 100 Бк на тело. Результаты обследования на «стронциевом» СИЧе в 2009 году повторили процентное отношение предыдущего года. В 2010 году была отобрана контрольная группа из числа студентов, для которой были проведены трехкратные измерения содержания Sr-90 в организме. Полная воспроизводимость результатов свидетельствовала о надежности измерительного комплекса.

При обследовании школьников из г. Дзержинска у 50% детей Cs-137 не был обнаружен, а у другой половины – находился на допустимом уровне. У 21% школьников было найдено относительно небольшое (в пределах 100-400 Бк на тело) содержание Sr-90 в костной ткани.

Заключение. «Экспертный бета-гамма-СИЧ» работает в широком диапазоне значений активности радионуклидов техногенного происхождения, от фоновых до аварийных, и может служить

образцовым устройством для получения максимально достоверной информации, обеспечивающей высококачественный индивидуальный мониторинг и научные исследования.

Литература.

1. Будевич, Н. М. Счетчик излучения человека для определения гамма- и бета-излучающих радионуклидов в организме / Н.М. Будевич [и др.] // Медэлектроника – 2004. Средства медицинской электроники и новые медицинские технологии: материалы III Междунар. науч.-техн. конф. / Минск, 9-10 дек. 2004 г. / Минск: БГУИР, 2004. – С. 144-147.
2. Жуковский, А.И. Измерительный комплекс бета-гамма-СИЧ / А.И. Жуковский [и др.] // Медэлектроника – 2004. Средства медицинской электроники и новые медицинские технологии : материалы III Междунар. науч.-техн. конф., Минск, 9-10 дек. 2004 г. / Минск: БГУИР, 2004. – С. 489-492.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ПРОБИОТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

Чухрай И.Г., Марченко Е.И., Бобкова И.Л.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Воспалительные заболевания периодонта являются одной из актуальных проблем стоматологии. По данным специальной литературы, распространенность заболеваний периодонта достигает 92-98%. Среди них ведущую роль играет хронический периодонтит [1, 2, 4, 5]. Актуален поиск новых методов лечения с учётом этиологии и патогенеза заболевания. Перспективным направлением является использование низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ), которое оказывает противовоспалительное, противоотёчное действие, нормализует микроциркуляцию, стимулирует обменные процессы в сочетании с медикаментозным лечением [3]. Поскольку основным этиологическим фактором возникновения воспаления при заболеваниях периодонта является патогенная микрофлора, традиционное комплексное лечение включает антимикробные и антисептические препараты. Тотально воздействуя на все микроорганизмы полости рта, они способствуют развитию дисбиоза. Представляет интерес использование в качестве альтернативы пробиотиков, способствующих восстановлению микробиоценоза полости рта [1, 2].

Целью настоящего исследования является изучение клинической эффективности использования НИЛИ в сочетании с пробиотиком в комплексном лечении хронического периодонтита.

Объекты и методы. На базе кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «Белорусская медицинская академия

последипломного образования» пролечено 20 пациентов в возрасте от 27 до 55 лет с диагнозом хронический генерализованный периодонтит средней степени тяжести. Для оценки стоматологического статуса использованы индексы: ОНI-S (Green-Vermillion, 1964), КПИ (П.А. Леус, 1988), GI (Loe, Silness, 1963), PLI (Loe, Silness, 1964), индекс подвижности зубов по Энтину.

Комплексное лечение периодонтита у пациентов контрольной группы заключалось в мотивации, обучении гигиене полости рта, профессиональной гигиене, местном медикаментозном лечении, временном шинировании и обработке периодонтальных карманов ультразвуком с использованием мелкодисперсного гидроксиапатита. Пациентам основной группы дополнительно проводили обработку периодонтальных карманов стандартным раствором пробиотика «Диалакт» (УП «Диалек», Беларусь) в сочетании с НИЛИ (аппарат «Вектор-03», УП Азгар, Беларусь). Параметры лазерного излучения: длина волны 650 нм, мощность 5 мВт, ППМ ~ 16-20 мВт/см², режим непрерывный, экспозиция 120 секунд, доза 0,008 Дж/см². Методика облучения: контактная, стабильная, курс - 7-10 сеансов.

Результаты. Индексная оценка гигиены полости рта в первое посещение интерпретировалась как неудовлетворительная (значения ОНI-S в основной группе и контроле составили $1,93\pm 0,2$ и $1,79\pm 0,2$, PLI - $1,52\pm 0,2$ и $1,65\pm 0,1$). Значения индекса КПИ в основной группе и контроле были $3,58\pm 0,1$ и $3,52\pm 0,1$, что расценивалось как тяжёлое поражение тканей периодонта. В обеих группах зафиксирован гингивит средней степени тяжести (GI $1,69\pm 0,1$ и $1,72\pm 0,1$). Степень подвижности зубов по Энтину составила $2,0\pm 0,2$ в основной группе и $1,8\pm 0,2$ в контрольной.

Через 5 дней у пациентов основной группы гигиена полости рта интерпретировалась как хорошая, а в контрольной группе – удовлетворительная (ОНI-S= $0,54\pm 0,1$ и $0,75\pm 0,1$ ($p<0,05$), PLI= $0,54\pm 0,1$ и $0,75\pm 0,1$ ($p<0,05$)). Зарегистрировано снижение степени тяжести поражения периодонта у представителей обеих групп. Значения индекса КПИ составили ($3,22\pm 0,2$ и $3,32\pm 0,2$), что соответствовало средней степени тяжести заболевания. Степень воспаления десны уменьшилась, однако значения индекса GI по-прежнему свидетельствовали о наличии гингивита средней степени тяжести у пациентов обеих групп ($1,17\pm 0,1$ и $1,4\pm 0,1$). Отмечено уменьшение степени подвижности зубов у представителей обеих групп ($1,8\pm 0,1$ и $1,7\pm 0,1$).

Через 10 дней в обеих группах была отмечена хорошая гигиена полости рта (ОНI-S= $0,49\pm 0,1$ и $0,64\pm 0,1$), PLI= $0,54\pm 0,1$ и $0,7\pm 0,1$).

И в основной, и в контрольной группе имела место средняя степень тяжести поражения периодонта (КПИ=3,04±0,2 и 3,2±0,2). Наблюдался гингивит средней степени тяжести (GI=1,05±0,1 и 1,26±0,1 (p>0,05)). Степень подвижности зубов у пациентов существенно не изменилась (1,1±0,1 и 1,2±0,1).

Через 6 месяцев гигиена полости рта пациентов обеих групп интерпретировалась как удовлетворительная. Отмечена средняя степень тяжести поражения периодонта у лиц основной группы и тяжелая степень заболевания в контроле (КПИ=3,03±0,1 и 3,54±0,1 (p<0,05)). Состояние десны в обеих группах интерпретировалось как гингивит средней степени тяжести. Различие в степени подвижности зубов в основной и контрольной группах также было достоверным (1,1±0,1 и 1,8±0,1 (p<0,05)).

Заключение. Таким образом, дополнение схемы комплексного лечения воздействием НИЛИ в сочетании с раствором пробиотика позволяет добиться более высокой эффективности лечения хронического периодонтита.

Литература.

1. Бондаренко, В.М. Иммуностимулирующее действие лактобактерий, используемых в качестве основы препаратов пробиотиков / В.М. Бондаренко, Э.И. Рубакова, В.А. Лаврова // Микробиология, эпидемиология и иммунология. - 1998. - № 5. - С. 107-112.
2. Грудянов, А.И. Применение пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Н.А. Дмитриева, Е.В. Фоменко. - М., 2006.
3. Иванов, А.С. Руководство по лазеротерапии стоматологических заболеваний / А.С. Иванов. – СПб: СПбГМА, 2000. – 69 с.
4. Луцкая, И.К. Болезни пародонта / И.К. Луцкая. - М.: «Мед. лит», 2010. - 256 с.
5. Эпидемиологическая характеристика тканей периодонта и кариеса поверхности корня зуба у 35–54-летних жителей Республики Беларусь / Л.Н. Дедова [и др.]. // Мед. журн. - 2006. - № 3. - С. 43–46.

БИОМАТЕРИАЛЫ В СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ (ТМО) ДЛЯ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ

**Ельчанинова Ю.Н., Аснина С.А., Дробышев А.Ю.,
Беляева О.А.**

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

Введение. В настоящее время мембранная технология широко применяется в практике лечения пародонта, при имплантологических операциях, в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Изоляция корня зуба от соединительной ткани и эпителия десны способствует восстановлению поврежденной периодонтальной связки и их соединения [1]. Несмотря на обилие работ, посвященных проблемам мембранной техники, многие вопросы их применения в клинической практике остаются нерешенными. Одна из серьезнейших проблем российской стоматологии – отсутствие мембран отечественного производства. Среди методов трансплантации особое место занимает аллопластика, интенсивное развитие которой явилось стойкой тенденцией в последние три десятилетия. Большинство требований, предъявляемых к мембранам, отвечает твердая мозговая оболочка. ТМО отличается низкой антигенностью, устойчивостью к инфекции, резистентностью к разложению и деструкции, она прочна, эластична, доступна, легко заготавливается и обрабатывается

Установлено, что при пересадки цельной и измельченной ТМО в подкожную клетчатку происходит её замещение соединительнотканым пролифератом, соответствующим по объёму пересаженному трансплантату, и поэтому ТМО может использоваться в качестве пластического материала для контурной пластики лица. Трансплантированная на кость вместо удаленной надкостницы ТМО индуцирует образование десмальной костной мозоли, что может быть использовано для устранения костных дефектов и деформаций [2].

Аллотрансплантаты ТМО нашли широкое применение в нейрохирургии, общей хирургии, травматологии и ортопедии, кардио- и сосудистой хирургии, оториноларингологии, офтальмологии и челюстно-лицевой хирургии. За рубежом ТМО используется, главным образом, в пародонтальной хирургии [3].

Цель работы - разработать методы использования ТМО в амбулаторной практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Объекты и методы. Для решения поставленных задач обследовано и прооперировано 18 пациентов: 4 – с дефектом передней стенки верхнечелюстной пазухи, 4 – с замещением дефекта слизистой оболочки, после удаления эпюлиса, 10 – при зубосохраняющих операциях, для направленной регенерации.

Твердая мозговая оболочка состоит из неправильной сети коллагеновых волокон. ТМО консервируют путем лиофилизированной сушки и стерилизации.

ТМО выпускается в виде пластин 2×3 см., 1,5×2 см (рис. 1а). Перед заполнением дефекта, предварительно должен помещаться в физиологический раствор на 3-5 минут (рис. 1б), затем моделироваться по конфигурации дефекта ножницами или скальпелем, после чего укладываться стерильным инструментом над костным дефектом. Дополнительная фиксация мембраны не требуется.



Рис. 1 Этапы предварительной подготовки ТМО перед заболнением костного дефекта:

а – вид извлечённой из упаковки пластины ТМО;

б – помещение пластины ТМО в физиологический раствор

При закрытии костного дефекта, материал помещают над дефектом, перекрывая его на 2,0 мм. Слизисто-надкостничный лоскут при закрытии должен полностью перекрывать мембрану. Биодegradация мембраны 4-6 месяцев.

Результаты. Изучение мембран из твердой мозговой оболочки свидетельствует, что в течение двух недель отмечаются ограниченное воспаление и ингибирование апикальной миграции эпителия. Основная часть материала рассасывается через 6 месяцев после операции. Клинические наблюдения показали, что мембраны из твердой мозговой оболочки ограничивают возможность регенерации периодонта.

Заключение. Твердая мозговая оболочка (ТМО) может быть использована в амбулаторной практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии для: создания механического барьера, предупреждающего миграцию мягких тканей в костный дефект при оперативных вмешательствах; закрытия дефекта кости после цистэктомии; закрытия перфораций верхнечелюстной пазухи и перфораций нижнечелюстного канала; удержания костнопластических материалов в области дефекта; для замещения дефекта слизистой оболочки, при удалении новообразований.

Литература.

1. Грудянов, А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. - М., 2009. - 336 с.
2. Колмогоров, С.Н. Аллотрансплантация твердой мозговой оболочки в челюстно-лицевой хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / С.Н. Колмогоров; МГМСИ. – М., 1993. – 18 с.
3. Мансурова, З.Р. Пути повышения эффективности применения аллотрансплантатов из твердой мозговой оболочки в пластической и реконструктивной хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / З.Р. Мансурова; МГМСИ. – М., – 2003. – 19 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИОДОНТА

Марченко Е.И., Чухрай И.Г.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Воспалительно-деструктивные заболевания апикального периодонта и пародонта характеризуются высокой распространенностью и интенсивностью у населения Республики Беларусь. Опыт лечения пациентов с сочетанной эндодонтической и пародонтологической патологией свидетельствует о недостаточной эффективности применения у них традиционных мероприятий. Длительные клинические наблюдения указывают на необходимость использования в таких ситуациях остеорегенерирующих препаратов. Научный и практический интерес представляют новые биологически активные остеопластические материалы (ОПМ), предназначенные для эндодонтического и пародонтологического лечения.

Целью настоящего исследования является систематизация информации о составе, механизмах действия остеопластических препаратов и результатах их клинического применения.

Основным компонентом ОПМ, используемых в терапевтической стоматологии, является синтетический ортофосфат кальция – гидроксиапатит (ГА). В качестве дополнительных

ингредиентов включают трикальцийфосфат (ТКФ), коллаген, факторы роста, антибактериальные и кортикостероидные препараты. Механизм действия синтетического ГА заключается в его взаимодействии с костномозговыми клетками, макрофагами и фибробластами, что приводит к дифференцировке этих клеток в зрелые остеобласты. Частицы ГА растворяются в межклеточной жидкости и высвобождают ионы кальция, которые являются пластическим материалом для костных клеток, а также регулируют начало транскрипции м-РНК и синтез белка. Для повышения биоактивности ГА комбинируют с коллагеном 1 типа. Главными функциями коллагена являются образование трехмерной объемной матрицы, доступной для заселения полипотентными клетками (ПК), способными к остеогенной дифференцировке, и их адгезия [1]. Перспективным направлением является включение в композиции ОПМ костных рострегулирующих факторов (КРФ). КРФ способны не только регулировать пролиферацию, дифференцирование остеогенных клеток, но и прочно связываться с минералом и коллагеном кости, привлекать полипотентные клетки в костный дефект [2]. Доказано отсутствие токсических и воспалительных реакций тканевых структур в области введения композиционных ОПМ на основе ГА. Водородный показатель этих препаратов варьирует от 6,8 до 7,5. Основная часть синтетического ГА резорбируется в течение 6-10 месяцев.

В Республике Беларусь синтезирован биоактивный нанокристаллический ГА на водной основе – «Гель гидроксиапатита». Материал предназначен для использования в хирургической стоматологии. Возможно применение геля при консервативном лечении деструктивных форм периодонтитов (рационализаторское предложение №4 от 16.03.2011 «Способ лечения апикального периодонта») [3].

НПО «Полистом» (РФ) производит препарат «Коллапан», состоящий из ГА и коллагена с антимикробными средствами. Интраканальное введение комплекса «Коллапан-геля Л» и имозимазы активизирует процесс репаративного остеогенеза, способствует уменьшению или полному исчезновению воспалительной инфильтрации, появлению участков склероза. Восстановление структуры костной ткани в области зубов с диагнозом «апикальная гранулема» происходит через 12 месяцев в 48,9% наблюдений, а к 24 месяцам в 81,1% наблюдений. Этим же производителем предложен «ТрАпекс–гель», состоящий из частиц ГА размером 5-30 нм, ТКФ, оксида цинка с комбинацией антимикробных и противовоспалительных составляющих. Материал предназначен для временного пломбирования корневых каналов при лечении деструктивных форм хронического апикального периодонтита.

ОПМ «Индост» («Полистом», Россия) представляют собой композиции гетерофазного фосфата кальция с размером частиц 100 мкм, коллагена и факторов роста. Препараты рекомендуют для использования в хирургической стоматологии, а также для лечения деструктивных форм периодонтитов консервативным методом.

«Остим – 100» («Остим», Россия) содержит частицы ГА размером 0,05 мкм. Материал используется для постоянного пломбирования корневых каналов при лечении деструктивных форм хронического апикального периодонтита. В сроки от 12 до 18 месяцев в 94,7% наблюдается частичная или полная регрессия очагов деструкции костной ткани.

Синтетический ГА используется и для консервативного лечения заболеваний пародонта в системе Vector (DÜRR DENTAL). Препарат выпускается в виде суспензии на водной основе, предназначен для обработки периодонтальных карманов и полирования поверхности корня.

Заключение. Таким образом, препараты на основе ГА являются перспективными материалами для лечения сочетанных заболеваний периодонта и пародонта, сопровождающихся деструкцией костной ткани.

Литература.

1. Баринов, С.М. Керамические и композиционные материалы на основе фосфатов кальция для медицины / С.М. Баринов // Успехи химии. – 2010. - № 79 (1). - С. 20–24.
2. Десятниченко, К.С. Тенденции в конструировании тканеинженерных систем для остеопластики / К.С. Десятниченко, С.Г. Курдюмов // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. - 2008. – Т. III. - № 1. - С. 62-68.
3. Крутько, В.К. Гель гидроксиапатита – новое средство для стимуляции остеогенеза: технология производства и опыт клинического применения в травматологии и стоматологии / В.К. Крутько // Медицинские новости. – 2009. - № 1. - С. 60-62.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЛО- И КСЕНОМАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

**Резникова Н.С., Аснина С.А., Дробышев А.Ю.,
Лекишвили М.В.**

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

Введение. В практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, в условиях амбулаторного приема, 40,6% операций составляют вмешательства по поводу радикулярных

кист челюстей и 54,6% - по поводу ретенции третьих моляров. Радикулярные кисты челюстей характеризуются длительным течением, частыми рецидивами, длительной нетрудоспособностью пациентов. Поэтому поиск путей совершенствования методов лечения и сокращения сроков реабилитации пациентов при данной патологии представляет актуальную задачу челюстно-лицевой хирургии.

После удаления околокорневых кист и нижних третьих моляров остаются костные полости, которые существенно снижают прочность челюстных костей, вызывая функциональные и эстетические нарушения. Кроме того, при стандартном оперативном вмешательстве имеет место сокращение кровяного сгустка, что приводит к инфицированию костной полости и последующим осложнениям. Проблеме профилактики послеоперационных воспалительных осложнений при цистэктомии и удалении нижних третьих моляров, по данным современной специальной литературы, не уделяется должного внимания.

Поиск и разработка новых форм пластических материалов, предназначенных для необходимого органотипического восстановления дефектов костной ткани в области челюстей – является одним из перспективных направлений исследования. С этой целью использованы деминерализованные костные алло- и ксеноимплантаты (ДКИ), изготовленные по технологии тканевого банка Центрального института травматологии и ортопедии.

Изготовление аллоимплантатов находится в компетенции тканевых банков. Оно сопровождается многочисленными проблемами, которые находятся в плоскости правовых, морально-этических, экономических и прочих аспектах работы медицинских учреждений, где разрешён забор и подготовка аллотканей. Поэтому, альтернативой могут служить ксеноимплантаты, изготовление которых лишено многих перечисленных выше проблем. Сырьём служат преимущественно ткани молодых животных крупного рогатого скота и свиней. Забор и дальнейшая работа с материалом осуществляется под ветеринарным контролем с соблюдением всех правил работы с биологическим материалом. В этой связи представляется интересным с практической точки зрения проведения сравнительного анализа алло- и ксеноматериалов, изготовленных по единой технологии.

Изучение регенерации костной ткани при использовании данных материалов, использование современных методов лучевой диагностики, является актуальной проблемой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Цель исследования - повышение эффективности реабилитации и лечения пациентов с послеоперационными дефектами челюстных костей, используя костные ксено- и аллогенные имплантаты.

Объекты и методы. Для достижения поставленной цели обследовано и прооперировано 30 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, в том числе мужчин – 16, женщин – 14.

Пациенты распределены на 4 группы: 1-я – контрольная, без использования костных имплантатов, составляла 8 пациентов; 2-я – 9 пациентов, которым после операции дефект костной ткани замещали деминерализованным костным ксеноимплантатом; 3-я – 8 пациентов, которым после операции дефект костной ткани замещали недеминерализованным костным ксеноимплантатом; 4-я – 5 пациентов, которым после операции дефект костной ткани замещали деминерализованным костным аллоимплантатом.

Для оценки регенерации костной ткани использовали данные рентгеновского обследования и результаты компьютерной томографии. Также оценивали течение послеоперационного периода после проведения хирургического вмешательства.

Результаты. Наиболее благоприятно послеоперационный период протекал у пациентов 3-й группы при использовании недеминерализованного костного ксеноимплантата. У пациентов данной группы отсутствует болевой синдром, незначительный отёк. Выраженный отёк на третьи сутки после операции был в контрольной группе.

Рентгенологический контроль пациентов через месяц и 3 месяца показал, что восстановление костной ткани с применением костных имплантатов (алло- или ксеноимплантаты) происходит быстрее, чем в контрольной группе пациентов.

Заключение. Использование алло- и ксеноимплантатов способствует ускорению регенерации костной ткани и уменьшению сроков реабилитации пациентов.

Литература.

1. Панкратов, А.С. Костная пластика в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / А.С. Панкратов, М.В. Лекишвили. – М., 2011.
2. Аснина, С.А. Одонтогенные кисты челюстей / С.А. Аснина. – М., 2012.

КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВА «ТАХОКОМБ»

Чудаков О.П., Стебунов С.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УО «Белорусский государственный университет информатики и
радиоэлектроники»,
г. Минск, Беларусь*

Поиск учёными оптимальных биологически активных трансплантатов для устранения у пациентов дефектов и деформаций в челюстно-лицевой хирургии не утратил своей актуальности и в наши дни. Для указанной цели использован биологически активный трансплантат «Тахокомб» (торговое патентованное название препарата), международное непатентованное - коллаген, тромбин. Препарат производится фармакологической фирмой Никомед Австрия Гмбх, Австрия.

«Тахокомб» выпускается в виде пластин размерами: 9,5 x 4,8 x 0,5; 2,5 x 3,0 x 0,5; 4,8 x 4,8 x 0,5 в стерильной упаковке. Препарат содержит коллаген из сухожилий лошади, покрытый лиофилизированным фибриногеном человека, тромбином из крови быка, апротинином из легких быка, рибофлавином для маркировки покрытой стороны. Пластина «Тахокомб» имеет беловатый цвет с жёлтым покрытием на клейкой поверхности на одной стороне. Препарат относится к абсорбирующим гемостатическим средствам для местного хирургического применения. Состоит из коллагеновой пластины, покрытой с одной стороны компонентами фибринового клея (высококонцентрированного фибриногена и тромбина), способствующих свертыванию крови. Контактируя с кровоточащей поверхностью ткани, содержащиеся в покрывающем слое факторы свертывания высвобождаются, и тромбин превращает фибриноген в фибрин. Апротинин препятствует преждевременному фибринолизу плазмином. Склеивание пластины «Тахокомб» с раневой поверхностью обусловлено процессом полимеризации, длящегося в течение 4-х минут, в течение которого пластина должна быть прижата к ране. В организме человека составные компоненты пластины «Тахокомб» подвержены ферментативному расщеплению, которое длится в течение 3-6 недель с момента использования.

«Тахокомб» применен у 27 пациентов, из которых мужчин было 10, женщин 17 человек. Возраст пациентов был от 24 до 62 лет. У 15 пациентов «Тахокомб» использован для пластического устранения одиночных фенестрационных дефектов передних стенок верхнечелюстных пазух после радикальных операций, по поводу

удаления объёмных образований и инородных тел. У двух пациентов «Тахокомб» использован одновременно для закрытия парных дефектов передних стенок верхнечелюстных пазухах. В качестве пластического материала для контурной пластики подглазничной, скуло-орбитальной областей, верхней и нижней губ, устранения дефектов красной каймы их «Тахокомб» использован у 7 пациентов, у одного из них препарат применён одновременно с аллогенным хрящевым трансплантатом. У трех пациентов «Тахокомб» применён для восполнения первичных дефектов кости нижней челюсти после сложного удаления зуба мудрости и объёмного образования горизонтального сегмента тела нижней челюсти. Всего использовано 38 пластин «Тахокомб» размерами 2,5 x 3,0 x 0,5 см.

Методика применения. «Тахокомб» помещали на подготовленные раневые поверхности в стерильных условиях. Перед наложением препарата раневая поверхность максимально высушивалась от крови, антисептиков и других растворов. Для избежания склеивания «Тахокомб» с хирургическими перчатками, инструментами последние тщательно очищались от крови, жидкостей. Пластины стороной желтого цвета, содержащей компоненты свертывания, накладывали на раневую поверхность: дефект передней стенки верхнечелюстной пазухи, перекрывая края последнего на 1 см, вводили препарат в виде трехслойного трансплантата в туннельные раны для контурной пластики губ, помещали на фиксированные аллогенные хрящевые трансплантаты на костях лицевого черепа, осуществляя легкую компрессию в течение 3 минут. Размеры и число использованных пластин «Тахокомб» находились в прямой зависимости от величины дефектов и деформации. В процессе операции при необходимости легко моделировали «Тахокомб» с помощью хирургических ножниц.

Динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде, изучение отдаленных результатов до 1,5 лет показало, что процесс приживления «Тахокомб» в тканях челюстно-лицевой области у пациентов протекает без каких-либо осложнений. Вместе с этим не было отмечено и каких-либо побочных действий препарата на организм пациента. Изучение в динамике у пациентов тромбонного времени показывало вариант нормы. Использование «Тахокомб» на фоне общей противовоспалительной терапии пациентов в послеоперационном периоде убедило в совместимости с другими лекарственными средствами. Непосредственный и отдаленный положительный функционально-эстетический результат хирургического лечения с применением «Тахокомб» отмечен у всех 27 прооперированных пациентов.

Заключение. Становится очевидным, что «Тахокомб» в челюстно-лицевой хирургии обеспечивает быстрый, эффективный и надежный гемостаз и безопасность применения, прост в использовании, защищает ткани и сохраняет органы во время операции, заметно снижает кровопотерю, сокращает время операции, обеспечивает минимальный риск вторичного кровотечения в послеоперационном периоде, способствует образованию эстетичных рубцов при минимальной инвазивной хирургической технике, позволяет устранять деформации органов челюстно-лицевой области.

Литература.'

1. Тахокомб абсорбирующее раневое покрытие. Инструкция по медицинскому применению. Никомед. Австрия. 2009.
2. Тахокомб - надежный гемостаз и безопасность применения // Новости хирургии. – 2009.- Т. 17. - № 1. – С. 201.
3. Чудаков, О.П. Тахокомб в челюстно-лицевой хирургии / О.П. Чудаков, С.С. Стебунов // Паринские чтения. – Минск: БГУ, 2010.

АРХИТЕКТОНИКА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ОСТЕОПЛАСТ»

Чумаченко А.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. Современная репаративная остеохирургия переходит на новый уровень использования различных фрагментов аутоматериала для возмещения костного дефицита – продуктов генной инженерии и возможностей стволовых клеток. Использование же современных костнопластических материалов приносит определенные положительные клинические результаты за счёт их максимального соответствия сложной схеме репаративного остеогенеза.

Цель исследования состояла в изучении морфологии альвеолярной кости через 14–16 месяцев после удаления доброкачественных новообразований и внесения в дефекты препарата «Остеобласт» в смеси с компонентами фибринового геля аутокрови объёмом 3–4 см³ у 15 пациентов в возрасте 24–48 лет.

Возможность забора биоптата иглой Ямшиди (марка 11G, внешний диаметр 3 мм, производитель Sterylab, Италия) возникала во время дентальной имплантации в областях проведенных ранее оперативных вмешательств, что не противоречило формированию первичного костного канала в имплантологическом протоколе. Биоптат состоял из периоста, компактной и губчатой частей альвеолярной кости. Фиксация и декальцинация – 6% раствором трихлоруксусной кислоты, толщина препарата - 6–8 мкм, окраска – гематоксилин эозин, Ван-Гизон.

Результаты. Клинически (отсутствие жалоб и признаков патологического процесса, параметры альвеолярного отростка) и радиовизиографически (достаточно очерчена петлистость и рентгенологическая плотность костной ткани), альвеолярные отростки всех пациентов удовлетворяли требованиям дентальной имплантации. Результаты патоморфологического исследования показали, что новообразованная альвеолярная кость является стабильной морфологической структурой и имеет все признаки завершившегося репаративного остеогенеза. Однако её строение отличается от такового у здоровых людей: значительно меньшее количество костных и сосудистых пустот в микропрепарате, значительно меньше клеточного материала и не всегда имеет место его круговое расположение вокруг пустот. В центре ранее заполненных препаратом «Остеопласт» костных дефектов новообразованная костная ткань может располагаться между тяжами фиброзной ткани.

Заключение. При использовании больших объёмов костнопластического материала (в данной ситуации «Остеопласт») репаративный остеогенез может завершиться образованием новой кости с отличным от нормальной костной ткани строением. Проведение дентальной имплантации в таких участках должно учитывать костную архитектуру и сниженные репаративные возможности новообразованной кости.

СОВРЕМЕННЫЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ «МЕТРОГИЛ ДЕНТА» И ЛИНКОМИЦИНОВОЙ ПЛЁНКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТАХ

Белясова Л.В., Новицкая М.А., Пешко Н.Г.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Хронические воспалительные заболевания периодонта являются одной из важнейших проблем современной стоматологии. Следует отметить, что наиболее часто для лечения болезней периодонта на современном этапе применяются такие препараты, как «Метрогил Дента» и линкомициновая плёнка.

Цель работы - провести сравнительный анализ клинической эффективности применения препаратов «Метрогил Дента» и линкомициновая плёнка при лечении пациентов с хроническим периодонтитом.

Объекты и методы. Проведено лечение 22 пациентов в возрасте 25-45 лет. В том числе 17 мужчин и 5 женщин с диагнозом: хронический периодонтит средней степени тяжести. Пациенты в возрастном аспекте и по степени выраженности патологического процесса были равноценны. После проведенного подготовительного этапа лечения (профессиональная гигиена, мотивация и контроль прироста зубного налета) в периодонтальные карманы вводили линкомициновую пленку (10 пациентам ежедневно в течение недели) и «Метрогил Дента» через инъекционную иглу по 0,3-0,5 мг под защитную повязку (12 пациентам). Клиническую эффективность использования средств «Метрогил Дента» и линкомициновой пленки при указанной патологии осуществляли на основании данных индексов ОНI-S, РМА, ИПК.

Результаты. По данным проведенного исследования, констатирована значительная динамика уменьшения показателей тяжести воспалительного поражения тканей периодонта по данным индексов РМА, ИПК при применении препаратов «Метрогил Дента» и линкомициновой плёнки. Однако большей клинической эффективностью обладает препарат «Метрогил Дента».

Заключение. Таким образом, «Метрогил Дента» может быть рекомендован к более широкому использованию в клинической

практике при комплексном лечении пациентов с хроническим периодонтитом.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «АМИЗОН®» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Гончарова А.И., Романенкова А.А., Кабанова С.А.,
Фисюнов А.Д.**

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. Гнойно-воспалительные процессы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения, а их осложнения могут являться причиной летальных исходов [2].

В комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в настоящее время актуальным является использование препаратов, обладающих противовоспалительным, жаропонижающим, анальгезирующими свойствами. Одним из таких препаратов является «Амизон®» [1, 3].

Целью работы явилось изучение клинической эффективности препарата «Амизон®» у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Проводилось клиническое обследование 75 лиц, находившихся на стационарном лечении в стоматологическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница».

Все пациенты были разделены на 2 группы. Группа пациентов, получающих препарат «Амизон®» в составе комплексного лечения (основная группа - 50 человек), и группа лиц, которые проходили лечение согласно стандартным протоколам (контрольная группа - 25 человек). В обеих группах пациентам проводилась первичная хирургическая обработка гнойного очага, удаление причинного зуба, ежедневные перевязки с промыванием раны растворами антисептиков, а также назначались антибактериальные, противовоспалительные, десенсибилизирующие лекарственные средства и, начиная с 3-х суток после операции, проводилось физиотерапевтическое лечение. В основной группе пациентам дополнительно был назначен препарат «Амизон®» по 0,25 г. 3 раза в день.

Результаты. Клинические показатели оценивались баллами, отражающими степень выраженности признаков гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области до начала лечения, на третий

и седьмой день лечения пациентов и регистрировались в разработанном протоколе. Среднее значение баллов выражалось как отношение суммы баллов к количеству пунктов протокола наблюдения по данному разделу. В протоколе отражались следующие группы показателей: жалобы (боль, нарушение функции жевания, глотания, затруднение дыхания, нарушение функции речи); общее состояние пациента (возбуждение, слабость, вялость, температура, пульс); локальные изменения (распространенность отёка и инфильтрата мягких тканей, гиперемия кожных покровов и слизистой оболочки полости рта, симптом флюктуации, степень открывания рта); состояние гнойной раны в процессе лечения (характер и количество экссудата, наличие грануляций, эпителизация раны). В день поступления показатели контрольной и основной групп статистически не различались.

На третий день имелись достоверные отличия между основной группой и контролем по всем группам клинических признаков. Наблюдалось более низкое значение баллов в основной группе, что свидетельствует о более быстром начале купирования воспалительного процесса. Общее состояние в контрольной группе составило $0,27 \pm 0,01$ балла, тогда как в основной данный показатель был достоверно ниже и составил $0,1549 \pm 0,02$ балла. Локальные воспалительные изменения вне полости рта в основной группе к третьему дню лечения также имели более низкое значение баллов относительно контроля ($0,07 \pm 0,015$ балла и $0,169 \pm 0,024$ балла, соответственно $p=0,005$). Так у пациентов основной группы на третий день наблюдалось уменьшение боли, изменение её характера, отёк мягких тканей оценивался в 1 балл, тогда как в контроле этот показатель соответствовал 2 баллам. Инфильтрат мягких тканей у лиц основной группы составил 1 балл, а в контрольной - 2 балла. Локальные воспалительные изменения в полости рта в группе пациентов, получавших «Амизон®», оценивались более низкими значениями баллов по сравнению с контролем ($0,14 \pm 0,03$ и $0,25 \pm 0,04$, соответственно $p=0,02$).

На седьмой день лечения наблюдалось более низкие значения баллов в основной группе по сравнению с контрольной по всем оцениваемым клиническим признакам. Общее состояние пациентов в основной группе соответствовало $0,11 \pm 0,01$ балла, тогда как в контроле равнялось $0,19 \pm 0,02$ балла, $p=0,02$. Локальные изменения вне полости рта в основной группе также имели достоверно более низкие значения относительно контроля ($0,02 \pm 0,0219$ баллов и $0,12 \pm 0,02$, соответственно $p=0,01$). Локальные изменения в полости рта в основной группе составили $0,05 \pm 0,0145$ баллов, что достоверно ниже, чем в контроле $0,09 \pm 0,003$ балла, $p=0,01$.

Заключение. В ходе проведенного исследования по оценке клинической эффективности препарата «Амизон®» у лиц с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, можно сделать вывод, что данный препарат может использоваться в комплексном лечении пациентов с данной патологией в связи с его выраженными противовоспалительным, жаропонижающим, анальгезирующим и иммуномодулирующим свойствами, которые ведут к более быстрому улучшению состояния пациентов.

Литература.

1. Ліщинський, П.Т. Ефективність застосування амізону в лікуванні жінок, хворих на рецидивуючий генітальний герпес / П.Т. Ліщинський, В.М. Фролов // Укр. медич. альманах. – 2001. – № 4 (2). – С. 190-193.
2. Остеомиелит / Г.Н. Акжигитов [и др.]. – М.: «Медицина», 1986. – 208 с.
3. Применение нового украинского препарата «Амизон» в педиатрической практике / А.Ф. Фролов [и др.]. // Перинатология та педіатрія. – 1999. – № 3. – С. 61-63.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «СЕПТОЛЕТЕ Д»
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ПОЛОСТИ РТА**

Игнатович А.П., Походенько-Чудакова И.О., Крыщанович А.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Вопросы предоперационной подготовки пациентов занимают одно из центральных мест при обсуждении проблемы профилактики гнойно-воспалительных осложнений во всех хирургических специальностях, в том числе и в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии [1]. Частоту развития осложнений воспалительного характера в послеоперационном периоде, как правило, определяют следующие основные факторы: культуральные свойства микробной флоры, титр возбудителя и общая резистентность организма пациента [3]. В связи с указанным, в схему лечения пациентов на амбулаторном хирургическом приёме обязательно включают использование антисептических средств с целью предоперационной обработки полости рта при вмешательствах в данной зоне. Однако не всегда применение стандартных антисептиков позволяет достичь желаемого результата. Это указывает на необходимость внедрения в клиническую практику для профилактики развития воспалительных осложнений в послеоперационном периоде новых препаратов и целесообразности определения их эффективности при использовании

у пациентов перед выполнением наиболее распространенных хирургических вмешательств в полости рта.

Цель работы – оценить эффективность применения «Септолете Д» для профилактики воспалительных осложнений в послеоперационном периоде при оперативных вмешательствах в полости рта.

Объекты и методы. Под наблюдением находился 132 пациента, проходивших амбулаторное хирургическое лечение на клинических базах кафедры хирургическая стоматология УО «Белорусский государственный медицинский университет». В зависимости от вида хирургических вмешательств они были распределены следующим образом: 82 пациентам (62,1%) была выполнена операция удаление зуба, 50(37,9%) – операция сложное удаление зуба. Кроме указанной стоматологической патологии пациенты не имели в анамнезе травм, операций и заболеваний требующих медицинской реабилитации.

Все пациенты были разделены на две группы методом рандомизации. Группу 1, служившую контролем, составили 64 человек (48,5%), получавшие стандартный комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Группа 2 – основная, включала 68 пациентов (51,5%). В каждой из указанных групп были выделены три подгруппы в зависимости от вида выполненных оперативных вмешательств, представленные в табл. 1. Всем пациентам с профилактической целью антисептической обработки полости рта перед операцией использовались антисептические лекарственные средства: в группе 1 – полоскание 120 мл водного 0,02-0,1% раствора перманганата калия, в группе 2 – препарат фирмы «KRKA» «Септолете Д» 1 пастилка.

Лечебно-профилактический комплекс, назначавшийся в подгруппе 2А группы контроля и в подгруппе 2В основной группы включал: антибактериальную терапию, обезболивающие препараты, антигистаминные средства, рекомендации по гигиене полости рта в послеоперационном периоде, ежедневные перевязки, снятие швов на 7 сутки после оперативного вмешательства. На основании представленных данных можно сделать заключение о том, что выделенные группы и подгруппы являются сопоставимыми.

О степени эффективности предоперационной антисептической обработки полости рта делали заключение на основании теста количественной оценки боли и теста купирования послеоперационного отёка мягких тканей [2], частоты развития гнойно-воспалительных осложнений и частоты развития побочных эффектов и аллергических реакций при использовании исследуемых лекарственных средств.

Полученные данные были обработаны статистически с помощью пакета прикладных таблиц «Statistica» и «Excel».

Результаты. Полученные данные свидетельствовали о купировании боли в течение первых суток после оперативного вмешательства в подгруппах 1А и 1В ($1,2 \pm 0,11$ и $1,3 \pm 0,12$, соответственно). При этом достоверных результатов полученных значений выявлено не было. Результаты подгрупп 2А и 2В указывали на купирование послеоперационной боли на 2-е сутки после операции. При этом данные теста количественной оценки боли в подгруппах 2А и 2В равнялись $1,9 \pm 0,12$ и $1,5 \pm 0,1$, соответственно, что демонстрировало достоверные различия ($p < 0,02$).

Таблица 1
Распределение пациентов в группах и подгруппах в зависимости вида выполненных оперативных вмешательств

Группы пациентов	Подгруппы, выделенные в зависимости от вида выполненных операций	Число пациентов
Группа 1 (контроль)	Операция удаления зуба (подгруппа 1А)	40 (30,3%)
	Операция сложное удаление зуба (подгруппа 2А)	24 (18,2%)
Группа 2 (основная)	Операция удаления зуба (подгруппа 1В)	42 (31,8%)
	Операция сложное удаление зуба (подгруппа 2В)	26 (19,7%)

Примечание: процентное соотношение высчитано при условии, что за 100% принято общее число наблюдаемых пациентов (132).

Отёк мягких тканей в зоне послеоперационной раны в подгруппах 1А и 1В уменьшался на 2-е сутки $1,8 \pm 0,1$ и $1,5 \pm 0,13$, соответственно, что достоверно отличалось как от исходных значений ($p < 0,01$), так и при сравнении в соответствующих подгруппах ($p < 0,05$). К 5-ым суткам наблюдения отёк был купирован полностью у 32 пациентов (80%) подгруппы 1А и 39 пациентов (90%) подгруппы 1В. Показатели подгрупп 2А и 2В свидетельствовали о присутствии значительного отёка на 2 сутки. Результаты теста в подгруппах 2А и 2В были $2,1 \pm 0,11$ и $1,8 \pm 0,1$, соответственно, что при сравнении демонстрировало достоверное различие ($p < 0,05$). Во всех указанных подгруппах отёк уменьшался к 5 суткам и показатели характеризующего его теста составили: в подгруппах 2А ($1,7 \pm 0,13$) и 2В ($1,4 \pm 0,11$), что не выявило значимых различий. На 7-ые сутки констатировалось отсутствие достоверных различий теста, характеризующего отёк мягких тканей отёка в сравниваемых подгруппах 2А и 2В. Однако гиперемия и отёк в области послеоперационных швов были констатированы у 4 человек (16,7%) подгруппы 2А, у 2 человек (7,7%) подгруппы 2В.

Частота развития гнойно-воспалительных осложнений в наблюдаемых группах и подгруппах представлена в табл. 2. Следует отметить, что при использовании исследуемых препаратов аллергических реакций и побочных эффектов отмечено не было.

Таблица 2

Частота развития гнойно-воспалительных осложнений в наблюдаемых группах и подгруппах

Группы пациентов	Подгруппы, выделенные в зависимости от вида выполненных операций	Частота осложнений	
		Число пациентов	Процент
Группа 1 (контроль)	Операция удаления зуба (подгруппа 1А)	3	2,27%
			4,69%
	Операция сложное удаление зуба (подгруппа 2А)	1	0,76%
			1,56%
Группа 2 (основная)	Операция удаления зуба (подгруппа 1В)	1	0,76%
			1,47%
	Операция сложное удаление зуба (подгруппа 2В)	1	0,76%
			1,47%

Примечание: верхнее процентное соотношение высчитано при условии, что за 100% принято общее число наблюдаемых пациентов (132); нижнее процентное соотношение высчитано при условии, что за 100% принято число наблюдаемых пациентов в группе 1 и в группе 2 (64 и 68, соответственно).

Заключение. Представленные результаты дают основание рекомендовать лекарственное средство «Септолете Д» в качестве препарата выбора с целью профилактики воспалительных послеоперационных осложнений при амбулаторных хирургических вмешательствах в полости рта.

Литература.

1. Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии / В.С. Агапов [и др.]. – М.: «Медицина», 2002. – С. 256 с.
2. Походенько-Чудакова, И.О. Профилактика, лечение и реабилитация стоматологических заболеваний с использованием методов рефлексотерапии (клинико-лабораторное и экспериментальное исследование): автореф. ... дис. док. мед. наук: 14.00.21 / И.О. Походенько-Чудакова; ГОУ «Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства России». – М., 2005. – 44 с.
3. Супиев, Т.Г. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / Т.Г. Супиев. – М.: Медпресс, 2001. – 160 с.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «МЕКСИБЕЛ» НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ

Кабанова А.А., Походенько-Чудакова И.О.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет,
УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Исследованиями последних десятилетий доказана существенная роль процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в патогенезе воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [1, 2]. Возникновение и развитие острых одонтогенных воспалительных

заболеваний в значительной мере зависит и от функциональной полноценности антиоксидантной системы (АОС) организма. При остром гнойно-воспалительном процессе отмечается усиление реакций свободно-радикального окисления (СРО) на фоне снижения уровня АОС, свидетельствующее о функциональной напряженности, приводящей к истощению антиоксидантной системы, выраженному в различной степени [3]. РУП «Белмедпрепараты» начало выпуск лекарственного средства с антиоксидантными свойствами «Мексibel». Антиоксидантное действие препарата «Мексibel» проявляется в повышении уровня активности супероксиддисмутазы, каталазы, ферментов системы глутатиона, ингибировании ПОЛ. Непрямое противовоспалительное действие препарата осуществляется за счёт ингибирования свободнорадикальных стадий синтеза простагландиндов и лейкотриенов, катализируемых циклооксигеназой и липоксигеназой.

Цель работы – изучить влияние препарата «Мексibel» на процессы перекисного окисления липидов у пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти, осложненным флегмоной челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Обследовано 95 пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти, осложненным флегмоной челюстно-лицевой области. Пациенты были разделены на две группы: группа контроля (64 человека) получала стандартный комплекс лечебных мероприятий, основная группа (31 человек) в составе комплексной терапии получала препарат «Мексibel». Каждая группа была разделена на две подгруппы в зависимости от распространенности гнойно-воспалительного процесса: подгруппа 1 (38 человек контрольной и 18 человек основной группы) характеризовалась наличием одонтогенной флегмоны одного клетчаточного пространства, подгруппы 2 (26 человек контрольной и 13 человек основной группы) характеризовалась наличием флегмоны двух и более клетчаточных пространств. Пациентам основной группы препарат «Мексibel» в течение 7 дней вводили внутримышечно по 200 мг 2 раза в сутки. Забор крови производили натошак из локтевой вены в первый (проба 1) и последний (проба 2) дни лечения. С помощью биохемиллюминометра БХЛ-06 определяли перекисное окисление липидов и антиоксидантную активность (АОА) методом индуцированной хемиллюминесценции в реакции Фентона. Регистрировали максимальную интенсивность свечения (I_{max} , мВ), пропорциональную уровню ПОЛ, светосумму (S , мВ•сек) свечения, обратно пропорциональную антиоксидантной активности (АОА) и $tg \alpha_2$ (тангенс угла убывания сигнала после достижения максимальной

интенсивности), характеризующий скорость снижения свободнорадикальных процессов. Полученные результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и «Excel». Различия признавались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При сравнении показателей ПОЛ и АОА сыворотки крови у пациентов основной и контрольной групп выявлены статистически значимые различия показателей ПОЛ и АОА при завершении курса комплексного лечения, тогда как в день госпитализации отличий выявлено не было (табл. 1).

Таким образом, при сравнении показателей ПОЛ и АОА сыворотки крови пациентов основной и контрольной групп выявлено отсутствие

Таблица 1

Показатели ПОЛ и АОА сыворотки крови пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом, осложнённым флегмоной челюстно-лицевой области

Проба	Показатель	Подгруппа 1			Подгруппа 2		
		Основная группа Me (LQ;UQ)	Контроль Me (LQ;UQ)	p	Основная группа Me (LQ;UQ)	Контроль Me (LQ;UQ)	p
1	S, мВ•сек	11,9 (11;14,6)	11,5 (10,7;12)	0,07	14 (13,6;14,9)	12,5 (11;14,8)	0,05
	Imax, мВ	1,27 (1,2;1,4)	1,2 (1,1;1,2)	0,08	1,4 (1,37;1,56)	1,5 (1,38;1,8)	0,31
	tg $\alpha 2$	-0,3 (-0,3;-0,3)	-0,3 (-0,3;-0,2)	0,28	-0,33 (-0,34;-0,3)	-0,32 (-0,4;-0,28)	0,66
2	S, мВ•сек	10,7 (10;11,3)	11,4 (10,3;12)	0,04	11 (10,3;11,65)	12,4 (12;12,73)	0,00001
	Imax, мВ	1,1 (1,04;1,18)	1,2 (1,14;1,32)	0,005	1,2 (1,08;1,25)	1,4 (1,3;1,48)	0,0002
	tg $\alpha 2$	-0,24 (-0,28;-0,22)	-0,26 (-0,3;-0,24)	0,04	-0,26 (-0,29;-0,22)	-0,3 (-0,3;-0,26)	0,02

статистически значимых отличий в день поступления. Однако в день выписки пациентов из стационара, показатели статистически значимо отличались: в основной группе АОА и скорость снижения процессов ПОЛ были выше, а активность процессов перекисного окисления липидов ниже относительно контроля.

Заключение. Полученные результаты дают основание заключить, что препарат «Мексibel» положительно влияет на показатели свободно-радикального окисления и антиоксидантной защиты организма и может быть рекомендован для использования в клинике челюстно-лицевой хирургии у пациентов данной категории.

Литература.

1. Дурново, Е.А. Сравнительный анализ функциональной активности нейтрофилов крови и ротовой полости у больных гнойно-воспалительным процессом в полости рта / Е.А. Дурново // Стоматология. – 2005. – № 3 – С. 29.

2. Конторщикова, К.Н. Перекисное окисление липидов в норме и патологии: учебное пособие / К.Н. Конторщикова. – Н. Новгород. – 2000.– 24 с.
3. Мексидол. Регистр лекарственных средств. – М, 2004. – № 11. – С. 348-349.

АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ ПЕНИЦИЛЛИНОВ В ГНОЙНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Кабанова С.А.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. Антибиотики группы пенициллинов относятся к бета-лактамам, характеризующимся наличием в их структуре четырехчленного бета-лактамного кольца. Они обладают бактерицидным эффектом, связанным с нарушением образования клеточной стенки. Формирование резистентности микроорганизмов обусловлено выработкой микроорганизмами бета-лактамаз. Для предупреждения приобретенной устойчивости, связанной с образованием бета-лактамаз, разработаны антибактериальные препараты, с добавлением клавулоновой кислоты, сульбактама и тазобактама. Пенициллины хорошо проникают в ткани и жидкости организма, в том числе в костную ткань, десневую жидкость. Несомненным достоинством пенициллинов является их экономическая доступность, с чем связано их широкое использование и возможность формирования резистентных штаммов микроорганизмов [1, 2].

Цель работы - изучить чувствительность микроорганизмов – возбудителей гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области к антибиотикам группы пенициллинов.

Объекты и методы. Проведено бактериологическое исследование микроорганизмов, выделенных из гнойных ран в отделении челюстно-лицевой хирургии. Для обнаружения различных видов стафилококков использовали желточно-солевой агар с азидом натрия, стрептококков - 5% кровяной «Колумбия-агар». Идентификация аэробных, факультативно-анаэробных и микроаэрофильных микроорганизмов и определение их чувствительности к антимикробным препаратам проводилась с помощью тест-систем на биохимическом анализаторе АТВ Expression фирмы «bioMerieux».

Результаты. Установлено, что чувствительность стрептококков к этим препаратам в общей выборке пациентов не выходит за пределы низких (меньше 33,33% чувствительных штаммов) и средних (в пределах от 33,33% до 66,66%) показателей. Для оксациллина значения чувствительности составили 22%, для пенициллина – 37,57%, ампициллина – 66,32%. При анализе чувствительности стрептококков

к антибиотикам группы пенициллинов, можно утверждать, что высокая степень чувствительности (выше 66,66% чувствительных штаммов), а, следовательно, и возможность использования для эмпирической антибиотикотерапии определяется только лишь для ампициллина при абсцессах (85,18% чувствительных штаммов), при флегмонах (74,77%) и остеомиелитах (73,33%).

Стафилококки при всех видах гнойно-воспалительных процессов слабо чувствительны к пеницилину, однако амоксиклав, амоксиклав+сульбактам, оксациллин могут использоваться для лечения некоторых гнойно-воспалительных процессов. Оксациллин может быть рекомендован при лечении пациентов с абсцессами (73,91% чувствительных штаммов), остеомиелитами челюстей и фурункулами (68,42%). Показатели высокой чувствительности, а также возможность рекомендовать лекарственные препараты для лечебных мероприятий, установлены для амоксиклава при разлитых флегмонах (77,78%), флегмонах одного клетчаточного пространства (85,71%), остеомиелитах и фурункулах (69,23%). Сочетание амоксиклава с сульбактамом позволяет его использовать для лечения пациентов с абсцессами (68,75% чувствительных штаммов), разлитыми флегмонами (70% чувствительных штаммов), флегмонами одного клетчаточного пространства (92,96%), лимфаденитами (70% чувствительных штаммов), остеомиелитами челюстей и фурункулами (80%).

Грам+ палочки в 100% наблюдений чувствительны к амоксициллину, тикарциллину, тикарциллину+клавунату, мезлоциллину и пиперациллину. Средний показатель чувствительности палочковидных микроорганизмов у амоксициллина+клавуната, как и ожидалось, выше по сравнению с амоксициллином и составляет для Грам+ палочек (71,43%), для Грам- палочек –66,67%. Тикарциллин и тикарциллин+клавунат проявляют высокую активность в отношении Грам+ (100% чувствительных штаммов) и Гр- (80% чувствительных штаммов) палочек. Грам+ палочки в 100% наблюдений чувствительны к мезлоциллину и пиперациллину, Грам- палочки чувствительны к этим же антибиотикам в 73,33% наблюдений. Для мециллина выявлена низкая степень чувствительности к изученным микроорганизмам.

Заключение. При воспалительных процессах челюстно-лицевой области в качестве эмпирической антибиотикотерапии можно рекомендовать следующие антибиотики группы пенициллинов: ампициллин при абсцессах, флегмонах одного клетчаточного пространства, лимфаденитах и остеомиелитах стрептококковой этиологии; оксациллин при абсцессах, остеомиелитах и фурункулах,

амоксиклав, ампициллин+сульбактам при абсцессах, флегмонах, лимфаденитах, остеомиелитах, фурункулах стафилококковой этиологии. При наличии Грам- и Грам+ палочек в гнойном экссудате на основании высоких показателей чувствительности рекомендовать к применению возможно амоксициллин+клавулат, тикарциллин, тикарциллин+клавулат, мезлоциддин и пиперациллин.

Литература.

1. Косинец, А.Н. Антибактериальная терапия в гнойной хирургии: руководство / А.Н. Косинец, Ю.В. Стручков; под ред. А.Н. Косинца // Витебск: ВГМУ, 2002. – 600 с.
2. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии; под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова // Смоленск: МАКМАКС, 2007. – 464 с.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО КОМБИНИРОВАННОГО АНТИМИКРОБНОГО РАСТИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА В СТОМАТОЛОГИИ

**Куркин В.А., Авдеева Е.В., Байриков И.М., Шагалиева Н.Р.,
Петрова Н.А., Щербовских А.Е., Казакова М.П.**

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
г. Самара, Россия*

Введение. Одним из этапов комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта является местное применение антибактериальных и антисептическими препаратов, однако на фоне постоянного использования данных лечебных композиций возникает риск появления устойчивых форм патогенных микроорганизмов, а также увеличивается вероятность развития дисбактериоза полости рта. Несмотря на широкое применение химиотерапевтических препаратов, лекарственные растения продолжают вызывать значительный интерес у стоматологов, они редко являются причиной нежелательных побочных эффектов со стороны организма, нетоксичны и хорошо переносятся пациентами независимо от возраста.

В качестве вспомогательного препарата растительного происхождения для этиотропной и патогенетической терапии заболеваний пародонта, а также в качестве альтернативного средства для их профилактики (при возникновении болевых ощущений в процессе традиционных манипуляций, например, чистки зубов) в ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» был разработан состав нового комбинированного препарата «Дентос» на основе листьев эвкалипта, травы эхинацеи, цветков календулы, коры

дуба и эвгенола, обладающего комплексным лечебно-профилактическим действием.

Цель исследования - изучение антимикробной активности КЛС к клиническим и музейным штаммам, в условиях *in vitro*.

Объекты и методы. Лабораторное микробиологическое исследование включало микробиологический и микроскопический метод анализа микрофлоры. Забор клинических штаммов проводился у 30 пробандов в возрасте от 18 до 60 лет с признаками воспаления тканей пародонта. Забор микробиологического материала проводили при помощи стерильных бумажных штифтов. Транспортировка материала осуществлялась в средах Эймса в течение 1 часа, который засеивали на плотные питательные среды: мясопептонный агар (для подсчета КОЕ), желточно-солевой агар, кровяной агар, среду Эндо. Посевы инкубировали в термостате при температуре 37°C в течение 24-48 часов. Идентификацию микроорганизмов выполняли с учётом морфологических, культуральных и биохимических свойств. Чувствительность выделенных клинических штаммов к разработанному препарату определяли методом колодцев. Одновременно определяли чувствительность контрольных штаммов бактерий к исследуемому препарату. (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Enterococcus* spp., *Corinebacterium* spp., *Escherichia coli*, *Candida* spp.). В ходе дальнейших исследований был проведён сравнительный анализ методом *in vitro* антимикробной активности на музейных штаммах микроорганизмов к препарату «Дентос» и ближайшим аналогам («Стоматофит» и «Мараславин»), синтетическим препаратам широко используемых в стоматологии («Фурацилин», «Хлоргексидин»). Водные растворы препаратов исследовали в следующих разведениях: в соответствии с инструкцией по применению для «Стоматофита» - 15 мл препарата в 50 мл воды; «Мараславин» - без разведения; препараты «Фурацилина» и «Хлоргексидина» - в виде наиболее часто используемого разведения 0,02% водных растворов; разрабатываемый комплексный препарат – в разведении 10 мл в 50 мл воды очищенной. Антимикробную активность нового препарата и препаратов сравнения исследовали методом колодцев.

Результаты. Были определены характеристики диаметра зон задержки роста клинических штаммов к исследуемому препарату, которые составили следующие значения: *Staphylococcus* spp.- 20,21±0,33 мм., *Streptococcus* spp.- 15,3±0,54 мм., *Enterococcus* spp.- 9,7±0,33мм., *Corinebacterium* spp.- 11,4±0,35 мм., *Escherichia coli* - 13,2±0,43 мм., *Candida* spp.- 9,3±0,23 мм., *Klebsiella pneumonia* - 7,3±0,33 мм., *Pseudomonas aeruginosa* - 12,3±0,27. Проведённый сравнительный анализ

показателей зон задержки роста препаратов аналогов к музейным штаммам показал следующие значения. Водный раствор модельной смеси комплексного препарата: *Bacillus cereus* - $11,4 \pm 0,34$ мм., *Escherichia coli* - $15,5 \pm 0,33$ мм., *Staphylococcus aureus* - $7,4 \pm 0,33$ мм., *Pseudomonas aeruginosa* - $12,1 \pm 0,23$ мм., *Candida albicans* - $10,2 \pm 0,24$ мм., *Klebsiella pneumoniae* - $10,4 \pm 0,12$ мм. «Мараславин»: *Bacillus cereus* - 0,0 мм., *Escherichia coli* - $12,7 \pm 0,12$ мм., *Staphylococcus aureus* - 0,0 мм., *Pseudomonas aeruginosa* - $11,9 \pm 0,21$ мм., *Candida albicans* - $10,9 \pm 0,25$ мм., *Klebsiella pneumoniae* - $11,7 \pm 0,24$ мм. Водный раствор «Стоматофита»: *Bacillus cereus* - $11,0 \pm 0,23$ мм., *Escherichia coli* - 0,0 мм., *Staphylococcus aureus* - $8,9 \pm 0,41$ мм., *Pseudomonas aeruginosa* - $10,0 \pm 0,59$ мм., *Candida albicans* - $10,1 \pm 0,41$ мм., *Klebsiella pneumoniae* - $10,4 \pm 0,53$ мм. 0,02% водный раствор «Хлоргексидина»: *Bacillus cereus* - $12,3 \pm 0,52$ мм., *Escherichia coli* - $10,2 \pm 0,32$ мм., *Staphylococcus aureus* - $13,9 \pm 0,12$ мм., *Pseudomonas aeruginosa* - 0,0 мм., *Candida albicans* - $9,7 \pm 0,34$ мм., *Klebsiella pneumoniae* - $10,9 \pm 0,12$ мм. 0,02% водный раствор «Фурацилина»: *Bacillus cereus* - $14,2 \pm 0,45$ мм., *Escherichia coli* - $21,3 \pm 0,23$ мм., *Staphylococcus aureus* - $13,4 \pm 0,32$ мм., *Pseudomonas aeruginosa* - $8,7 \pm 0,14$ мм., *Candida albicans* - 0,0 мм., *Klebsiella pneumoniae* - $9,1 \pm 0,25$ мм.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой антимикробной активности нового комбинированного растительного лекарственного средства к основным музейным и клиническим штаммам вызывающих заболевания пародонта. В частности данный препарат показал более выраженное бактериостатическое действие к *Pseudomonas aeruginosa* и *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, в сравнении с существующими аналогами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ БЕЛОРУССКОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ОСНОВЕ АРТИКАИНА В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Романенкова А.А., Гончарова А.И., Кабанова С.А., Минина А.Н.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. Наиболее эффективным и безопасным способом обезболивания на амбулаторном стоматологическом приёме является местная анестезия. В настоящее время для её проведения в основном используются местно анестезирующие препараты на основе лидокаина, артикаина и мепивокаина. Самыми эффективными из них признаны препараты, созданные на основе артикаина, так как главными его

особенностями являются глубина и продолжительность обезболивающего эффекта и высокая степень безопасности. Артикаинсодержащие препараты выпускаются различными зарубежными фирмами и известны по своим торговым названиям. Например, Ультракаин (Санofi-Авентис, Германия). В Республике Беларусь с 2009 года также выпускаются препараты на основе артикаина (Артикаин-Боримед с эпинефрином, Эрпикаин), отличающиеся от зарубежных аналогов более низкой стоимостью. Актуальность производства данных препаратов состоит в реализации программы по выпуску импортозамещающей продукции. Благодаря этому государственные стоматологические поликлиники, составляющие основу в системе оказания специализированной стоматологической помощи населению, смогли перейти на использование эффективной технологии обезболивания.

Цель работы - изучить осведомленность населения о наличии на бюджетном стоматологическом приёме местно анестезирующих препаратов высокого качества, оценить степень доверия пациентов и врачей белорусским анестетикам.

Объекты и методы. Разработана анкета для пациентов, содержащая 15 вопросов, выясняющих степень осведомлённости пациентов о применении местно анестезирующих препаратов и предпочтение в их выборе в зависимости от страны-производителя. Анкетирование проводилось на базе отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «Витебская областная клиническая больница» среди пациентов стационара.

Для врачей стоматологического профиля была разработана анкета, содержащая 13 вопросов, выясняющих отношение врачей-стоматологов в выборе анестетика в зависимости от страны-производителя. Анкетирование проводилось на базе УЗ «Витебская городская клиническая стоматологическая поликлиника» и УЗ «Витебская областная стоматологическая поликлиника».

Результаты. В исследовании принимали участие 45 пациентов в возрасте от 19 до 68 лет (средний возраст - 40,5 лет). Из них 28 женщин (62,22%), 17 мужчин (37,78%).

Анализ анкет показал, что 66,67% опрошенных (30 человек) испытывают страх перед стоматологическим вмешательством. Местное обезболивание испытали на себе 75,56% респондентов (34 человека) или в связи с лечением, или в связи с удалением зубов. У 24,44% (11 человек) стоматологические вмешательства осуществлялись без проведения анестезии. Из пациентов, которым проводилась местная анестезия, 52,94% (18 человек) отмечают применение артикаина, 44,11%

(15 человек) – лидокаина, 2,95% (1 человек) не указывает название препарата.

Из 34 пациентов осведомлены об анестезирующих препаратах белорусского производства 20,59% (7 человек). Причём 62,22% (28 человек) опрошенных отдадут предпочтение препаратам зарубежного производства, считая их более качественными и эффективными, 31,11% (14 человек) доверяют белорусскому производителю. Для 6,67% (3 человека) выбор анестетика не имеет значения.

В исследовании также принимали участие 45 врачей стоматологического профиля, в том числе 15 врачей-ортопедов, 15 врачей-хирургов, 15 врачей-терапевтов.

На вопрос о предпочтениях врачей-стоматологов были получены следующие результаты: зарубежные препараты предпочитают использовать 32 врача (71,11%), белорусские – 13 (28,89%). Из них зарубежные анестетики предпочитают 11 (34,38%) врачей-терапевтов, 12 (37,5%) врачей-хирургов и 9 (28,12%) врачей-ортопедов. Использовать белорусские анестетики на основе артикаина предпочитают 4 (30,77%) врача-терапевта, 3 (23,08%) врача-хирурга, 6 (46,15%) врачей-ортопедов.

На стоматологическом приёме пользуются белорусскими анестетиками на основе артикаина 27 (60%) врачей-стоматологов. Из них 10 (37,04%) – терапевты, 12 (44,44%) – хирурги, 5 (18,52%) – ортопеды.

На вопрос: «Как Вы оцениваете эффективность белорусских анестетиков?», были получены следующие ответы: ниже зарубежных – 29 врачей (64,44%), из них: врачи-терапевты – 12 (41,38%), врачи-хирурги – 10 (34,45%), врачи-ортопеды – 7 (24,17%); на уровне зарубежных – 11 врачей, или 24,44%, из них: врачи-терапевты – 2 (18,18%), врачи-хирурги – 2 (18,18%), врачи-ортопеды – 7 (63,64%); выше зарубежных – 5 (11,11%), из них: врачи-терапевты – 1 (20%), врачи-хирурги – 3 (60%), врачи-ортопеды – 1 (20%).

Заключение. Низкая степень доверия врачей-стоматологов белорусским анестетикам и недостаточная осведомленность населения о местно анестезирующих препаратах белорусского производства требует дополнительного изучения сравнительной эффективности данных анестетиков, а также повышение информированности населения об эффективности и целесообразности их применения.

Литература.

1. Кононенко, Ю.Г. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии / Ю.Г. Кононенко, Н.М. Рожко. – Киев, 2008. – С.35-45.
2. Эффективность местного обезболивания препаратами, содержащими артикаин, в амбулаторной стоматологической практике и пути ее повышения. Часть 1 / С.А. Рабинович [и др.]. // Стоматология для всех. – 2008. - № 1. – С. 14-15.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ

Светлакова Е.Н., Мандра Ю.В., Ларионов Л.П., Базарный В.В.,
Еремина П.А., Хонина Т.Г., Тосова И.Н.

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
Институт органического синтеза им. И.Я. Постовского УрО РАН,
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Функциональные расстройства зубочелюстной системы, обусловленные потерей зубов от заболеваний пародонта, развиваются в 5 раз чаще, чем при осложнениях кариеса [1]. Применение диодных лазеров в стоматологии позволило проводить микроинвазивные вмешательства на тканях пародонта. После лазерной операции рекомендуется наносить гелевые аппликации, содержащие противовоспалительные и эпителизирующие компоненты [2, 3].

Цель работы - повышение эффективности лечения заболеваний пародонта.

Объекты и методы. На первом этапе исследовали эффективность применения композиции состава: 1% кетопрофен, 1% метилурацил, остальное – кремнийорганический глицерогидрогель; масса 50 грамм. Использование композиции снизило активность воспалительного процесса в эксперименте на животных. На основании полученных данных была составлена заявка на получение патента «Средство для местного лечения заболеваний пародонта» (№2011149491, получен приоритет от 05.12.2011, положительное решение формальной экспертизы). На втором этапе было обследовано 67 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени. В период первичного обращения пациенты жаловались на кровоточивость десны при чистке зубов, периодические боли и дискомфорт в десне. После обследования УИГ в среднем равен $2,3 \pm 0,38$ балла, РМА – $64,8 \pm 4,37\%$, индекс кровоточивости РВИ – $3,02 \pm 0,41$ балла. Для исследования состояния микроциркуляции в тканях пародонта был использован метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), для этого применяли аппарат «ЛАКК-02», производство НПП «Лазма» заводской номер № 369. Показатель шунтирования (ПШ) составил $1,02 \pm 0,04$. В произвольном порядке пациентов разделили на две группы. На первом этапе лечения проводили обучение пациентов гигиене полости рта, профессиональную гигиену. На втором этапе проводили закрытый кюретаж с помощью диодного лазера Sirolaser, в импульсном режиме, мощность 2,5 Вт. После процедуры пациентам первой группы производили повторную медикаментозную обработку, а пациентам второй группы на десну

наносили аппликацию фармакологической композиции. Контроль осуществляли на следующий день, через 3, 7 дней, 1 и 3 месяца.

Результаты. После проведения микрохирургического вмешательства жалобы пациентов на боль, неприятные ощущения отсутствовали. На следующий день все пациенты в полном объёме осуществляли гигиену полости рта. При осмотре через 1 день гиперемия и отёк обработанной десны значительно уменьшились, а не третьи сутки полностью отсутствовали; десна плотно прилегала к тканям зуба. Индексная оценка состояния тканей пародонта достоверно улучшилась по сравнению с исходными данными (УИГ – $0,8 \pm 0,21$ балла, РМА – $25,28 \pm 2,74$ %, РВІ – $0,78 \pm 0,06$). Показатели микроциркуляции тканей пародонта у пациентов 1-й группы через 1 сутки после лазерного кюретажа составили $1,05 \pm 0,05$, во 2-й подгруппе – $1,09 \pm 0,06$. Повышение уровня ПШ является индикатором снижения сопротивления и возможного усиления кровотока по артериоло-венулярному шунту.

Благодаря нанесению композиции на десну после лазерного кюретажа увеличивается интенсивность кровотока и повышается объём поступления крови в нутритивное звено микроциркуляторной сети.

Через 1,3 месяца жалобы пациентов отсутствовали в 85% наблюдений. Показатели гемодинамики через 1 и 3 месяца после лазерного кюретажа свидетельствуют о восстановлении кровотока в тканях пародонта, значительно улучшаются показатели по сравнению с начальной картиной до пародонтологического лечения.

Заключение. Результаты индексной оценки и показатели ЛДФ тканей пародонта свидетельствуют об эффективности проведенного лечения, особенно в группах, где после лазерного кюретажа наносили аппликацию фармакологической композиции. Новое средство рекомендовано использовать на завершающей стадии лечения пародонтита после проведения лазерного кюретажа.

Литература.

1. Ковалевский, А.М. Лечение пародонтита: практическое руководство / А.М. Ковалевский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2010. – 160 с.
2. Тарасенко, С.В. Лазерная пародонтальная хирургия: учеб. пособие для системы послевузовского профессионального образования / С.В. Тарасенко, И.В. Тарасенко, Н.М. Лазарихина. – М.: МГМСУ, 2009. – 60 с.
3. Mechanism of structural networking in hydrogels based on silicon and titanium glycerolates / T.G. Khonina [et al.]. // Journal of Colloid and Interface Science. – 2012. – Vol. 365. – P. 81–89.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ХОЛИСАЛ» В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Чернявский Ю.П., Фисюнов А.Д., Гончарова А.И.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. Заболевания тканей периодонта, характеризующиеся высокой интенсивностью и распространенностью, являются одной из самых актуальных проблем современной стоматологии, что подтверждается данными эпидемиологического исследования, проведенного в Республике Беларусь в 2010 году (Н.А. Юдина и соавт., 2010). Важной задачей является выбор эффективных препаратов местного действия для лечения воспалительных заболеваний периодонта. Данные средства должны обладать комплексным лечебным эффектом и при этом быть безопасными, простыми и удобными при длительном использовании, доступными по цене широким слоям населения. Перечисленным требованиям в полной мере отвечает препарат «Холисал» (Jelfa, Польша). При местном применении главное действующее вещество препарата – холина салицилат – быстро всасывается слизистой оболочкой полости рта, оказывая обезболивающий и противовоспалительный эффект. Вторая составляющая средства «Холисал», – цеталкония хлорид обладает противомикробным свойством. «Холисал» не содержит сахара, не оказывает местно-раздражающего действия и хорошо переносится пациентами.

Цель работы - изучить эффективность использования препарата «Холисал» в амбулаторной стоматологической практике.

Объекты и методы. Объектом исследования выступали 79 пациентов в возрасте от 19 до 57 лет (мужчин – 27 человек, женщин – 52 человека), проходившие обследование и лечение на базе кафедры терапевтической стоматологии УО «Витебский государственный медицинский университет». Нозологическими формами заболевания являлись хронический простой маргинальный гингивит (34 пациента), хронический простой периодонтит лёгкой степени тяжести (23 пациента), острый перикоронарит (22 пациента). У всех пациентов было проведено стоматологическое обследование с использованием разработанной анкеты, включающей регистрацию объективных данных состояния тканей периодонта (индексной оценки), субъективных данных (жалоб пациента) до лечения, после лечения, а также динамики показателей в процессе терапии. При необходимости проводилось рентгенологическое исследование. Пациенты были

разделены на 2 группы: основную (52 человека) и контрольную (27 человек).

Во всех группах проводилась традиционная схема комплексного лечения соответствующей патологии, которая предусматривала мотивацию пациента, подбор индивидуальных средств гигиены и обучение стандартному методу чистки зубов, профессиональную гигиену и устранение местных факторов, способствующих накоплению зубного налёта, а также коррекцию гигиенических навыков. Лечение пациентов с перикоронаритом включало местное инъекционное обезболивание, перикоронарэктомию, гемостаз. Лечение пациентов основной группы было дополнено использованием препарата «Холисал». Первая аппликация препарата выполнялась на амбулаторном приеме. В последующем пациенты наносили гель самостоятельно после процедур индивидуальной гигиены зубов 3 раза в день после еды. Было рекомендовано лёгкое втирание препарата в воспалённые участки десны чистыми руками в течение 2-х минут, с последующим обильным полосканием полости рта кипяченой водой комнатной температуры. Курс лечения составлял 7-10 дней. Критериями оценки эффективности служила динамика индексных показателей и исчезновение жалоб пациента.

Результаты. В результате проведенного лечения была получена положительная динамика в двух группах, причём наилучшие результаты наблюдались в основной группе. При обращении 20,3% пациентов из 79 обследованных (16 человек) предъявляли жалобы на боль, 13,9%(11 человек) – на наличие неприятного запаха изо рта, 81%(64 человека) – на наличие кровоточивости дёсен, общий дискомфорт при приёме пищи и проведении индивидуальной гигиены. Большинство пациентов основной группы 77%(40 человек) уже ко 2-му посещению (после 3 дней применения препарата) отметило исчезновение боли, выраженное снижение кровоточивости и дискомфорта. По завершении курса лечения пациенты жалоб на боль и кровоточивость не предъявляли. Наблюдалось улучшение гигиенического состояния полости рта, а также значительное противовоспалительное действие препарата, которое подтверждалось положительной динамикой индексных показателей. Средние значения индекса гигиены в основной группе у пациентов с простым маргинальным гингивитом и с хроническим простым периодонтитом лёгкой степени тяжести снизились с 2,1 и 1,8 (неудовлетворительная гигиена) до 0,8 и 0,7 (удовлетворительная гигиена), соответственно. Средний показатель индекса GI снизился с 1,3 и 1,8 (гингивит средней тяжести) до 0,4 и 0,6 (легкий гингивит) для простого маргинального

гингивита и хронического простого периодонтита лёгкой степени тяжести, соответственно. В 2,17 раза произошло снижение среднего значения КПИ (с 1,3 до 0,6) у пациентов с гингивитом, в 1,9 раза (с 1,9 до 1,0) у пациентов с периодонтитом.

В контрольной группе у пациентов с простым маргинальным гингивитом произошло снижение индекса гигиены с 2,0 до 0,7, десневого индекса GI с 1,3 до 0,6, комплексного периодонтального индекса КПИ с 1,2 до 0,8. Среднее значение ОНI-S при хроническом простом периодонтите легкой степени тяжести снизилось с 1,8 до 0,7, GI – с 1,7 до 0,9, КПИ – с 1,9 до 1,2.

В группе пациентов с острым перикоронаритом все 22 обследованных пациента до начала лечения предъявляли жалобы на боль, кровоточивость десны в области «причинного» зуба, 13,6%(3 человека) - указывало на наличие затруднённого открывания рта, 9,1%(2 человека) - на наличие неприятного запаха изо рта. Аппликации препарата «Холисал» способствовали быстрому заживлению слизистой оболочки альвеолярного отростка: уменьшению гиперемии и купированию отёка десны. Уже в начале терапии (на 3 сутки) прослеживалось значительное уменьшение болезненности. За курс лечения средние значения РМА в области причинного зуба снизились с 100% до 24%.

Заключение. Аппликации препарата «Холисал» у пациентов с хроническим простым маргинальным гингивитом и хроническим простым периодонтитом лёгкой степени тяжести при экспозиции - 2 минуты 3 раза в день в течение 7-10 дней привели к существенному улучшению индексных показателей состояния тканей периодонта. Применение препарата «Холисал» при лечении острого перикоронарита способствует ускоренному заживлению операционной раны, редукции признаков воспаления, а также позволяет более комфортно перенести послеоперационный этап. Проведённое исследование позволяет сделать вывод о положительном терапевтическом эффекте препарата. «Холисал» может быть рекомендован для лечения воспалительных заболеваний периодонта.

Литература.

1. Барер, Г.М. Результаты исследования препарата «Холисал-гель» при терапии воспалительных заболеваний пародонта / Г.М. Барер, Б.Ю. Суражев, В.Ю. Перламутрова // Журн. Кафедра (Cathedra). - 2005. - № 2. - С. 20-22.
2. Лапатина, А.В. Возможности применения геля «Холисал» в стоматологической практике / А.В. Лапатина, С.А. Васина, Д.И. Кудаква // Dental Forum. – 2010. - № 4 (36). – С. 32-33.

ВОПРОСЫ ОНКОСТОМАТОЛОГИИ

ФАКТОРЫ РИСКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Белясова Л.В., Урбанович В.И., Попок Ю.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. В Республике Беларусь наблюдается увеличение частоты заболевания злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области, по отношению к общему числу злокачественных новообразований.

Цель исследования - выявить факторы риска онкологических заболеваний на стоматологическом приеме.

Объекты и методы. Проведен осмотр и анкетирование 420 пациентов по основным факторам риска онкологической патологии полости рта на базе УЗ «5-я городская поликлиника» г. Минска, проанализированы полученные данные и предложены мероприятия по профилактике онкопатологии на стоматологическом приеме.

Результаты. На основании анкетирования выявлено, что наиболее частым фактором риска является курение (80%), на втором месте - экзогенные факторы (60,5%), на третьем месте - травмирующий фактор ((27,5%) (ортопедические конструкции, острые края пломб, зубов)). Всем обследованным пациентам проведены: тщательные сбор анамнеза и осмотр, мотивация по основным факторам риска, даны рекомендации по питанию (ограничить потребление жирных, жареных и копченых продуктов, предпочитая тушеные, вареные и паровые блюда, по возможности, отказаться от очень горячей или соленой пищи, различных острых приправ и специй).

Заключение. Устранение указанных факторов является первоочередными мероприятиями в профилактике онкопатологии в челюстно-лицевой области.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ (АВМ) ГОЛОВЫ И ШЕИ

Гришин А.А., Смирнов С.Н., Репина С.И.

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

Введение. По данным разных авторов, до 50% всех артерио-венозных мальформаций локализуется в черепно-челюстно-лицевой области [1, 2]. По нашим данным за последние 12 лет, частота встречаемости АВМ среди всех сосудистых поражений головы и шеи составляет 15%. Радикальное хирургическое лечение пациентов с данной патологией сопряжено с возникновением значительных послеоперационных дефектов, высоким риском интраоперационного кровотечения с массивной кровопотерей [4]. В связи с этим лечение указанной группы пациентов требует предварительного планирования, применения информативных методов диагностики и использования современных методов реконструктивно-восстановительного лечения [3].

Цель работы - оптимизация диагностики, лечения и реабилитации пациентов с АВМ головы и шеи.

Объекты и методы. Было проведено лечение 48 пациентов с АВМ головы и шеи в возрасте от 15 до 66 лет: 22 мужчин и 26 женщин. Сосудистые поражения чаще локализовались в лобной (12), щечной (9), височной области (7), в области верхней губы (5). Пациентам проводилась комплексная диагностика, алгоритм которой зависел от локализации, размеров и формы мальформации. При поверхностном расположении и небольших размерах сосудистого поражения, диагностика сводилась к клиническому осмотру, проведению ультразвукового исследования (УЗИ), рентгенографии при экстракраниальной локализации АВМ. Если планировалось проведение предварительной эмболизации мальформации, алгоритм диагностики включал в себя также дигитальную субтракционную ангиографию (ДСА). При значительных размерах и сложной ангиоархитектонике мальформации, в диагностический комплекс входили мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), у отдельных пациентов в режиме ангиографии (МСКТ-ангиография), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Хирургическое лечение заключалось в тотальном удалении мальформации с предварительной эмболизацией, или без неё. Эмболизация АВМ не проводилась при небольших размерах

и поверхностной локализации АВМ и при макрофистулезной форме АВМ. Предварительную эмболизацию АВМ препаратами Оникс и Гистоакрил проводили при средних и больших размерах и микрофистулезной форме артерио-венозной мальформации. После удаления мальформации осуществляли одномоментное замещение дефекта в соответствии с размерами и локализацией АВМ путем применения различных методик в зависимости от размера и локализации мальформации.

После проведения хирургического лечения пациенты находились на динамическом наблюдении с целью выявления возможного продолжения роста АВМ.

Результаты. Удаление мальформации с пластикой дефекта местными тканями проводили у 26 пациентов. Удаление экстракраниальной АВМ с одномоментным устранением дефекта пересадкой свободного расщепленного кожного лоскута с боковой поверхности живота без эмболизации проводили у 13 пациентов, с предварительной эмболизацией у 6 пациентов. В 3 наблюдениях дополнительно использовали методику дермотензии. При локализации АВМ в подбородочной и подподбородочной области предварительную эмболизацию проводили у двух пациентов, не проводили у одного. После удаления мальформации образовавшийся дефект одномоментно замещали васкуляризированным кожно-мышечным лучевым лоскутом в двух наблюдениях, васкуляризированным торакодorzальным лоскутом в одном наблюдении.

После проведения лечения по представленному алгоритму, у большинства пациентов 93% наблюдали хорошие эстетические и функциональные результаты: отсутствие массивных интраоперационных кровотечений (кровопотеря не превышала 300 мл), отсутствие признаков продолжения роста АВМ, восстановление контура лица в области дефекта. В 3 наблюдениях было констатировано продолжение роста АВМ, которое потребовало дополнительного лечения.

Заключение. Предложенный алгоритм диагностики и лечения пациентов с АВМ головы и шеи позволяет получать позитивные результаты. Предложенная схема диагностики АВМ учитывает индивидуальные особенности каждой мальформации, что сокращает время и количество диагностических процедур. По показаниям для получения исключительно четкой картины АВМ была применена мультиспиральная компьютерная томография в режиме ангиографии и классическая ангиография для более эффективного планирования лечения. Алгоритм планирования лечения позволил проводить операции

с минимальной кровопотерей (до 300 мл), в результате лечения в 93,75% наблюдений отсутствовало продолжение роста мальформации. Применение описанных методик позволило восстановить контуры лица пациентов и достигнуть хороших эстетических и функциональных результатов. Длительное динамическое наблюдение даёт возможность своевременного выявления признаков продолжения роста АВМ.

Литература.

1. Агапов, В.С. Гемангиомы лица, шеи и полости рта взрослых: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / В.С. Агапов; ММСИ. – М., 1990. – 36 с.
2. Hormozi, A.K. Supraclavicular flap: reconstructive strategy for massive facial arteriovenous malformations / A.K. Hormozi, M.R. Shafii // J. Craniofac. Surg. -2011. – Vol. 22 (3). – P. 931-936.
3. Surgical treatment following huge arteriovenous malformation extending from the lower lip to the chin: combination of embolization, total resection, and a double cross lip flap / K. Kiyokawa [et al.]. // J. Craniofac. Surg. – 2005. – Vol. 16(3). – P. 443-448.
4. Treatment of facial arteriovenous malformation / S. Murase [et al.]. // No Shinkei Geka. – 1995. – Vol. 23 (8). – P. 733-738.

КЛИНИЧЕСКОЕ ВНЕДРЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Латышева С.В., Абаимова О.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОРП) – одна из наиболее сложных и важных проблем в стоматологии. Несвоевременно диагностируемые, длительно протекающие хронические процессы на различных участках слизистой предшествуют онкологическим заболеваниям в полости рта. Согласно данным специальной литературным, из числа новообразований полости рта 65% приходится на злокачественные опухоли языка, 12,9% - слизистую щёк, 10,9% - дно полости рта, 6,2% - мягкое нёбо [1, 2]. Поэтому особую важность при обследовании пациентов приобретает онкологическая настороженность и необходимость ранней диагностики патологии СОРП.

Цель работы – внедрение рекомендаций ВОЗ по обследованию слизистой оболочки полости рта в практическое здравоохранение.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) были даны рекомендации для оценки стоматологического статуса пациента с учётом возрастных особенностей. Рекомендации ВОЗ включают опрос и осмотр. Опрос – история стоматологического здоровья (отсутствие или наличие конкретных жалоб, уровень мотивации, регулярность контрольных визитов, выявление факторов риска, соматические

заболевания и т. д.). Осмотр – оценка тканей челюстно-лицевой области и полости рта (экстраоральный, периоральный и внутриоральный). Визуальная (внутриоральная) оценка мягких тканей проводится по анатомо-топографическим зонам слизистой, с учётом интерпретации значений индексов (ОИ-S, СРITN, КПУ). Отклонение показателей оценочных индексов от нормы свидетельствует о факторах риска, обуславливающих снижение иммунологической резистентности ротовой полости.

В целом, визуальный осмотр мягких тканей полости рта с учётом клинических критериев (изменение цвета, рельефа, нарушение целостности), позволяет выявить патологию СОРП.

Внутриоральное обследование стоматологического пациента по рекомендации ВОЗ проводится с использованием двух стоматологических зеркал, при широко открытой полости рта. Начинается обследование с области комиссур, щёк (справа и слева) с переходом в область ротоглотки – мягкое и твёрдое нёбо, затем дорсальная и вентральная поверхности языка, дно полости рта. После оценки указанных анатомо-топографических зон СОРП и преддверия полости рта пациента просят сомкнуть зубы, чтобы определить прикус, состояние уздечек.

Отклонения от показателей индексов ОИ-S, GI, СРITN, указывают на риск возникновения заболеваний тканей периодонта, СОРП и т. д. Оценка твёрдых тканей зубов (КПУ) проводится с целью выявления источников инфицирования и их устранения.

Заключение. Таким образом, тщательное соблюдение этапов стоматологического обследования пациентов с тщательным сбором анамнеза для выяснения факторов риска и последствий их воздействия на слизистую оболочку, оценка состояния слизистой оболочки полости рта по анатомо-топографическим зонам, требующая от врача-стоматолога 30-40 секунд, способствуют выявлению ранних клинических симптомов заболеваний СОРП, при этом выявленные факторы риска необходимо учитывать при планировании комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Литература.

1. Латышева, С.В. Фундаментальные основы диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта: учеб.-метод. пособие / С.В. Латышева. - Минск: БГМУ, 2004. - 62 с.
2. Differential diagnosis of oral lesions and Maxillofacial lesions / K. Norman [et al.]. – London: «Fifth addition», 1997. - 150 p.

ОНКОНАСТРОЕННОСТЬ СТОМАТОЛОГА ПРИ ПРИЁМЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Лобко С.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. За последние десять лет заболеваемость раком в Беларуси возросла на 20%, смертность снизилась на 5%. На диспансерном учёте в связи с онкологическим заболеванием состоит каждый сороковой житель страны – 242 тысячи 298 человек. Эти данные были сообщены на четвёртом съезде онкологов Беларуси, который состоялся в конце минувшего года.

Однако за десять лет число выявляемых за год фактов новообразований возросло с 33 до 42 тысяч, при этом прогнозируется, что через 20 лет онкологические заболевания будут выявляться у 78 тысяч белорусов. Основными причинами, приводящими к возникновению злокачественных новообразований, специалисты называют стресс, курение, неправильную диету, малоподвижный образ жизни, ожирение, негативное влияние окружающей среды и некоторые наследственные факторы.

Многие заболевания слизистой оболочки полости рта имеют длительное хроническое течение, в процессе которого они могут перерождаться в рак. Поэтому следует мотивировать пациента в необходимости систематических осмотров у стоматолога. Срочность в осмотре врача возрастает при появлении в полости рта состояния дискомфорта, припухлости, отёчности, жжения, болезненности в каком-либо участке слизистой оболочки. Недопустимо длительное пребывание в полости рта острых краев кариозного зуба, травмирующего протеза.

Важно постоянно мотивировать пациента в необходимости тщательной гигиены полости рта, проведению профессиональной гигиены. На диспансерном учёте должны находиться пациенты с болезнью Боуэна, бородавчатым предраком, ограниченным гиперкератозом красной каймы губ, хейлитом Манганотти, кожным рогом, лейкоплакией, папилломатозом, красным плоским лишаём (эрозивно-язвенная форма), постлучевым стоматитом, актиническим и метеорологическим хейлитом, хроническими трещинами губ.

Целью исследования явилось изучение диагнозов и состояния слизистой оболочки полости рта пациентов, направленных на консультацию на 1-ю кафедру терапевтической стоматологии

УО «белорусский государственный медицинский университет» в течение 2010 и 2011 года.

Объекты и методы. Для получения информации использовались данные направлений пациентов на консультацию, амбулаторная карта стоматологического пациента ф №43/у, результаты осмотра полости рта пациента и его анамнез. Всего за два года проконсультировано 53 пациента в возрасте от 29 до 78 лет, (42 женщины и 11 мужчин).

Результаты. У 19 пациентов из 53 было предположено перерождение лейкоплакии, красного плоского лишая, хронических трещин губ, метеорологического хейлита в рак, что в дальнейшем было подтверждено данными биопсии.

У 12 из 19 пациентов онкологические проявления на слизистой оболочке полости рта явились вторичными, так как они лечились ранее по поводу злокачественных опухолей других локализаций.

Стоматологический статус всех пациентов желал быть лучшим: плохая гигиена полости рта – ОНI-S более 2,6; индекс GI=2,4; отсутствие значительной части зубов.

Заключение. При приеме подобной категории пациентов врач-стоматолог должен проявить максимум внимания и онконастороженность.

Литература.

1. Банченко, Г.В. Язык – «зеркало» организма. Клиническое руководство для врачей / Г.В. Банченко, Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин. – М.: ЗАЩ «Бизнес Центр Стоматология». - 408 с.
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е.В. Бороский [и др.]; под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона. – М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.
3. Ланге, Д.Е. Диагностика, клиника и лечение язвенных, везикулобуллезных и десквамативных поражений полости рта. Часть I / Д.Е. Ланге // Клиническая стоматология. – 1999. № 4. С. 44-47.
4. Scully, C. Oral Disease: color guide / C. Scully, R.A. Cawson. – London: «Churchill Livingstone». - 170 p.
5. Zain, R.B. Oral recurrent aphthous/stomatitis; Prevalence in Malaysia and an epidemiological update / R.B. Zain // J. Oral Science. - 2000. - Vol. 42. - P. 15-19.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОПЕРИЦИТОМЫ В ОБЛАСТИ ЛИЦА

Маланчук В.А., Чепурный Ю.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. Новообразования челюстно-лицевой области многочисленны по клиническому течению, морфологии и гистогенезу. Среди них можно встретить такие, которые проявляются в разных участках организма, так и специфичные только для головы и шеи. Это связано со сложным анатомическим строением и гистоархитектоникой

челюстно-лицевой области, поскольку в её формировании принимают участие различные виды тканей, производные всех трёх эмбриональных зародышевых листков. Вместе с тем углубление знаний относительно новообразований челюстно-лицевой области продолжает оставаться актуальным в связи с повышением количества обращений онкологических пациентов за последнее время и повышением требований к их медицинской и социальной реабилитации. Поэтому данный процесс должен идти по пути совершенствования подготовки пациентов к операции, хирургических методик, способных обеспечить радикальные решения при лечении и возможность одномоментного устранения сопутствующих дефектов и деформаций, повышения эффективности сотрудничества специалистов разных специальностей и уровней организации помощи населению. Важным остается исследование неопластических процессов редкой локализации и гистогенеза, что позволит выработать алгоритмы оказания помощи пострадавшим при их обнаружении.

Примером указанного выше стало следующее клиническое наблюдение.

Пациентка Н., 53 лет, обратилась в челюстно-лицевое отделение Областной клинической больницы г. Херсон с жалобами на наличие новообразования левой половины лица. Болеет с 1986 года. На момент обращения в анамнезе двукратное удаление новообразования в онкологическом диспансере с гистологическим заключением нейролипома. Со времени последнего рецидива в 2002 году пациентка отмечала рост новообразования с резким его ускорением в последние 6-8 месяцев, предшествовавших обращению (рис. 1).

Объективно: новообразование локализуется в околоушно-жевательной и частично в височной, щечной и скуловой областях, при пальпации плотное, бугристое, с выраженным сосудистым рисунком кожи. С целью дообследования и верификации диагноза проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) и спиральная компьютерная томография (СКТ) с контрастированием (рис. 2).

Учитывая наличие выраженной артериальной сетки, в зоне новообразования проведена эмболизация сосудов, которая оказалась неэффективной. Для дальнейшего хирургического лечения пациентка направлена в клинику челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца. Пациентке проведено лечение, включавшее перевязку наружной сонной артерии, удаление новообразования единым блоком с одномоментным устранением дефекта шейно-грудным кожно-мышечным лоскутом (рис. 3.)

С хорошим эстетическим и функциональным результатом лечения (рис. 4).

По данным морфологического исследования: гемангиоперицитома (ГП) низкой степени злокачественности с преобладанием признаков местнодеструктивного роста.



Рис. 1 Внешний вид пациентки на момент обращения.



Рис.2 Результаты СКТ с контрастированием сосудов челюстно-лицевой области.

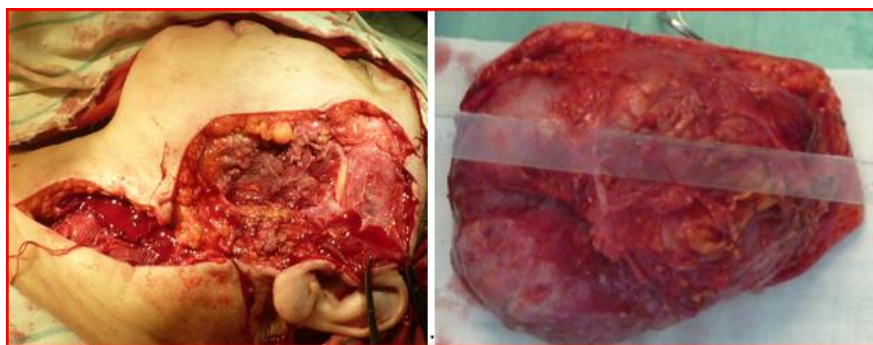


Рис. 3 Вид операционной раны после удаления новообразования и макропрепарата.

Гемангиоперицитома - редкое заболевание из группы злокачественных сосудистых опухолей. Впервые описано Stout и Murray в 1942 году. На данный момент обнаружено около 700 сообщений о фактах диагностики ГП, и только единичные из них - с локализацией в челюстно-лицевой области. Источником роста ГП являются перициты, представляющих модифицированные гладкомышечные клетки, прилегающие к стенкам капилляров и венул.

ГП считается злокачественным или потенциально злокачественным новообразованиям, так как может рецидивировать и давать метастазы. Данное новообразование чаще развивается у лиц старших возрастных групп, при этом 82% пациентов представляют кавказские национальности. Часто ГП оказывается в коже, подкожной клетчатке, скелетной мускулатуре с локализацией в нижних конечностях, тазу,

в забрюшинном пространстве. Для данных опухолей характерно рецидивирование. Методом выбора в лечении является радикальное хирургическое удаление новообразования, поскольку у взрослых ГП является недостаточно чувствительной к химиотерапии. Облучения в дозе 69-70 Грей является эффективным в лечении локальных рецидивов новообразования и при высоком уровне его злокачественности. Описаны два факта альфа-интерферон-терапии ГП с удачным клиническим результатом.



Рис.4 Внешний вид пациентки после операции.

Заключение. Таким образом, данное наблюдение представляет собой удачный пример диагностики и лечения редкого сосудистого новообразования челюстно-лицевой области. Следует отметить, что всесторонняя диагностика, рациональное планирование и радикальное хирургическое лечение позволяют провести эффективную реабилитацию пациентов. Вместе с тем углубление знаний о поведении и природе новообразований челюстно-лицевой области продолжает представлять собой актуальное задание челюстно-лицевой хирургии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Мозокина М.М., Тарасенко С.В., Выключ М.В., Гришин А.А.

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

Введение. Сосудистые образования наиболее часто встречаются в области лица, шеи и органов полости рта: от 60 до 80% от общего числа всех сосудистых поражений. Только небольшая часть сосудистых образований самостоятельно регрессирует в первые годы жизни,

остальные остаются и с возрастом усугубляются, создавая значительные функциональные нарушения, косметические проблемы и негативно влияют на психосоциальный статус пациентов. Методы лечения сосудистых образований (криотерапия, СВЧ-терапия, склерозирование, гормональная терапия, эндовазальная электрическая коагуляция вен, электрохимический лизис, хирургическое иссечение образований) имеют ограниченное использование, так как их применение не удовлетворяет все эстетические и функциональные требования.

Цель работы - изучение эффективности применения Nd:YAG-лазера с длиной волны 1064 нм и диодного инфракрасного лазера с длиной волны 0,98 мкм в лечении пациентов с сосудистыми образованиями челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. В Центре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» с сентября 2010 года по февраль 2012 года проведено лечение 64 пациентов в возрасте от 25 до 70 лет, из них 16 мужчин и 48 женщин. В комплексном лечении сосудистых образований применяли лазерные аппараты «D15 Ceralas» и «SmartFile». Особенностью данных лазерных систем является избирательное действие на сосуды с естественной минимизацией побочного перегрева окружающих тканей. Энергию лазерного излучения доставляли оптическим волокном с диаметром 300 мкм. Аппарат использовался в импульсно-периодическом режиме работы. Средняя мощность излучения составила 2-5 Вт. Параметры воздействия менялись в зависимости от выраженности проявлений сосудистых поражений, их ответной реакции на лазерное воздействие. При наличии объёмных сосудистых образований в предоперационном и послеоперационном периодах проводилось ультразвуковое обследование для определения нозологической формы патологического процесса, его распространенности, соотношения с прилежащими анатомическими структурами и эффективности проведенного лечения. Лазерную облитерацию сосудистых образований выполняли под местной анестезией. Применялись контактная (внутриканевая), бесконтактная и комбинированная методики. Бесконтактный метод применялся при лечении поверхностно расположенных сосудистых образований. Оптическое волокно ориентировали перпендикулярно обрабатываемой поверхности на расстоянии 2-3 мм. Воздействие лазера осуществлялось на верхнюю стенку образования. При лечении объёмных, поверхностно расположенных сосудистых образований, проводилось комбинированное бесконтактное воздействие с последующим погружением световода в полость образования.

Контактный (внутриканевой) метод применялся при лечении объёмных сосудистых образований, расположенных в толще мягких тканей. При этом осуществлялось введение световода в полость образования через одноразовый внутривенный катетер с последующим воздействием лазерного излучения на его внутреннюю стенку. Результат лечения считался положительным при изменении в окраске обрабатываемого участка (побледнение) и уменьшение в объёме сосудистого образования. Для предотвращения перегрева тканей, после операции применялось локальное охлаждение (холодные компрессы).

Результаты. В послеоперационном периоде отмечалось уменьшение площади очага поражения, или его полное исчезновение, уплотнение образования и уменьшение интенсивности окраски. У всех пациентов отмечалось снижение болевой реакции, уменьшение послеоперационного отёка. Через месяц после операции в области лазерного воздействия определялся малозаметный, нежный рубец. Анализ отдалённых результатов у всех пациентов выявил регрессию новообразования с хорошим эстетическим и функциональным результатом. Степень уменьшения образований в размерах варьировала от 45% до 95%. Применение данной методики позволило во всех наблюдениях получить хороший эстетический результат и существенно повысить качество лечения сосудистых образований.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности селективного высокоэнергетического лазерного излучения при лечении сосудистых образований челюстно-лицевой области. Несомненными преимуществами метода эндовазальной лазерной облитерации являются меньшая травматичность, возможность выполнения в амбулаторных условиях и хороший эстетический результат.

Литература.

1. Гришин, А.А. Малоинвазивное хирургическое лечение кавернозных гемангиом лица, шеи и органов полости рта / А.А. Гришин, О.Ф.Гусев, А.В.Иванов. - М.: «Новик». - 2010. - С. 8- 15.
2. Минаев, В.П. Современные лазерные аппараты для хирургии и силовой терапии на основе полупроводниковых и волоконных лазеров / В.П. Минаев, К.М. Жилин. – М.: «Издатель», 2009. - С. 15.
3. Пономарев, И.В. Лечение лазером сосудистых повреждений кожи / И.В. Пономарев, Н.В. Пospelов // Врач. - 1994. - № 3. - С. 34-36.
4. Enjolras, O. Tumors and vascular malformations (new issues) / O. Enjolras, J. Vascular // Adv. Dermatol. – 1997. – Vol. 13. – P. 375–422.

АТЕРОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Петрович Н.И., Горбачева К.А., Ломако С.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Атерома (себорейная киста, стеатома, эпидермальная киста) - доброкачественное опухолевидное образование, развивающееся из придатков кожи. Излюбленной локализацией атеромы является волосистая часть головы, лицо, шея. Часто возникает на месте хронической травмы, растёт медленно и имеет склонность к нагноению, в результате чего превращается в абсцесс [2]. По данным А.К. Корсака (2008) среди опухолей и опухолеподобных образований мягких тканей челюстно-лицевой области атеромы у детей встречаются в 14,6% наблюдений [1].

Цель исследования - проанализировать обращаемость детей с атеромами челюстно-лицевой области за оказанием стационарной хирургической помощи в зависимости от пола, возраста и локализации образования.

Объекты и методы. Изучены истории болезни 120 детей с атеромами челюстно-лицевой области в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-я городская детская клиническая больница» г. Минска в период с 2006 по 2010 год.

Результаты. В результате исследования установлено, что обращаемость детей за оказанием стационарной хирургической помощи с атеромами челюстно-лицевой области среди всех опухолей и опухолеподобных образований, составила $8,94 \pm 0,78\%$ (рис. 1). Среди опухолей мягких тканей атеромы челюстно-лицевой области у детей встречались в $13,2 \pm 3,1\%$ наблюдений. Атеромы челюстно-лицевой области в 1,4 раза чаще встречаются у мальчиков ($59,16 \pm 4,49\%$), чем у девочек ($40,83 \pm 4,49\%$). Выявлено, что дети с атеромами челюстно-лицевой области в возрасте от 12 до 17 лет обращались за стационарной хирургической помощью в 2,8 раза чаще ($73,3 \pm 4,0\%$), чем дети младших возрастных групп ($26,67 \pm 3,1\%$), (рис. 2).

В большинстве наблюдений атеромы челюстно-лицевой области у детей встречались в щёчной ($36,67 \pm 4,4\%$), скуловой ($13,33 \pm 3,1\%$) и подглазничной области ($10,8 \pm 2,8\%$), (рис. 3).

Дети с атеромами челюстно-лицевой области находились на стационарном лечении от 2 до 15 дней, что в среднем составило 5,7 койко-дней. В $37,5 \pm 2,8\%$ наблюдениях детям проводилась хирургическая обработка нагноившейся атеромы, в $62,5 \pm 4,42\%$ - удаление образования.

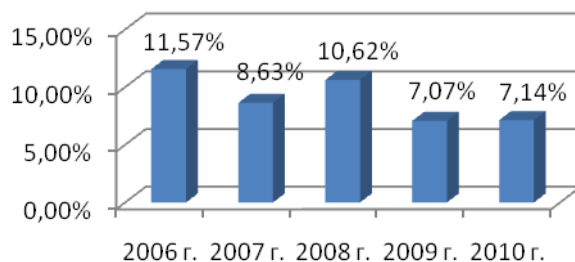


Рис. 1 Динамика обращаемости детей за оказанием стационарной хирургической помощи с атеромами челюстно-лицевой области в период с 2006 по 2010 год.

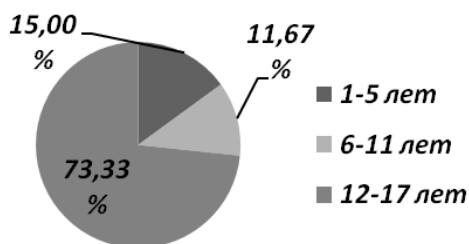


Рис. 2 Обращаемость детей за оказанием стационарной хирургической помощи с атеромами челюстно-лицевой области в зависимости от возраста.

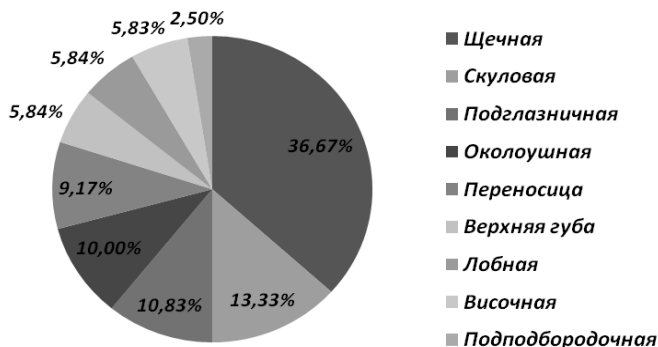


Рис. 3 Локализация атером челюстно-лицевой области у детей

Закключение. Атеромы у детей составляют 8,9% среди всех опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области, а среди опухолей мягких тканей - 13,2%, встречаются чаще у мальчиков в возрасте от 12 до 17 лет. Атеромы челюстно-лицевой области у детей чаще локализовались в щёчной (36,7%), скуловой (13,3%) и подглазничной области (10,8%).

Литература.

1. Корсак, А.К. Встречаемость опухолей челюстно-лицевой области у детей в Беларуси / А.К. Корсак, Н.С. Азотова // Современная стоматология. – 2008. - № 4. – С. 65-66.
2. Предраковые состояния, опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи / И.С. Карапетян [и др.]. – М.: «Медицина», 1993. – 208 с.

ЭКЗОГЕННЫЕ И ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Чернявский Ю.П., Каленковец Ю.А.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. Несвоевременно диагностируемые, длительно протекающие предраковые заболевания на слизистой оболочке предшествуют онкологическим заболеваниям в полости рта. Ранняя диагностика злокачественных новообразований и предраковых заболеваний зависит главным образом от онкологической настороженности врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Поэтому врачи должны чётко знать не только клинику предраковых состояний, но и факторы риска, которые могут привести к развитию данной патологии, чтобы вовремя предупредить развитие злокачественных новообразований [1, 2].

Цель исследования - выявление наличия факторов риска возникновения предраковых заболеваний у людей, проживающих в государственном учреждении социального обслуживания «Витебский областной центр ветеранов и инвалидов» (ГУСО ВОТЦ).

Объект и методы. Было проведено анкетирование на наличие факторов риска и стоматологическое обследование 78 лиц различных возрастных групп находящихся в ГУСО ВОТЦ. Все обследуемые были разделены на 7 возрастных групп: 1) 20-34 лет; 2) 35-44; 3) 45-54; 4) 55-64; 5) 65-74 - 16 человек; 6) 75-84; 7) 85 лет и выше. Полученные результаты обрабатывались на компьютере с использованием программного обеспечения EXEL и STATISTICA 6.0. Применялся метод частотного анализа и для выяснения корреляции между двумя признаками непараметрический метод Спирмена.

Результаты. По результатам обследования слизистой оболочки полости рта у 78 лиц, проживающих в ГУСО ВОТЦ, только у 18 человек отсутствовали изменения и патологические элементы, что составило 23%, а 77% имели изменения состояния слизистой оболочки полости рта. Причём предраковые состояния и изменения, а также фоновые процессы были обнаружены у 20 пациентов (25,6%).

По составленной анкете-опроснику выявлялись основные возможные экзогенные и эндогенные факторы возникновения предраковых заболеваний и изменений. У опрошенных были выявлены следующие экзогенные факторы риска: вредные условия работы - работа с химическими и фармацевтическими препаратами, нахождение длительное время в плохих метеорологических условиях, в запыленном

помещении, наличие вредных привычек, хроническая термическая травма, химические бытовые раздражители, а также наличие стоматологических экзогенных факторов (аномалии прикуса, некачественно изготовленные реставрации и протезы, патологическое стирание зубов, наличие острых краёв зубов). Всего 40 опрошенных лиц имели различные экзогенные факторы риска возникновения предраковых и раковых заболеваний (51%). Сочетание двух и более экзогенных факторов присутствовало у 33 человек (42%).

Из эндогенных факторов риска выявлены следующие: наследственная предрасположенность, анатомо-физиологические предпосылки, сопутствующие заболевания, ксеростомия слизистой оболочки.

Одним из эндогенных факторов риска являлась плохая гигиена и различные заболевания полости рта. Поэтому данный фактор оценили более детально. Отклонение показателей оценочных стоматологических индексов от нормы свидетельствовало о факторах риска, обуславливающих снижение иммунологической резистентности полости рта [2].

В ходе стоматологического обследования лиц проживающих в ГУСО ВОТЦ (ИГ – ОНІ-S) получены следующие результаты. У обследуемых гигиена полости рта интерпретировалась как плохая и неудовлетворительная, при этом её уровень с возрастом ухудшался и составлял 1,75 в возрасте 20-34 и 3,2 в старшей возрастной группе – 85 лет и старше.

Наиболее тяжелые заболевания десны и маргинального периодонта ($GI > 3$) встречались в возрастной группе 75-84 года. Среднее значение индекса среди всех обследованных $GI = 1,9$, что соответствует средней степени тяжести гингивита. Среднее значение индекса КПИ составляло 2,6, что соответствует средней степени тяжести заболевания. В 56 наблюдениях (72%) у обследуемых была высокая активность кариеса, и среднее значение КПУ составляло 24,87.

Наблюдалась корреляция упрощённого индекса гигиены, комплексного периодонтального индекса и гингивального индекса во всех возрастных группах: интенсивность воспаления десны и заболеваний периодонта увеличивалась с возрастом аналогично показателям гигиены полости рта. В старших возрастных группах индексы теряли свою информативность в связи с высоким процентом исключённых секстантов (вследствие увеличения показателя - удаленные зубы) при высокой интенсивности этого признака в возрастной группе 55-64. Наблюдалась прямая корреляционная связь между наличием изменений СОПР и гигиеной

полости рта ($r=0,56$, метод Спирмена, $p<0,05$), а также между возрастом пациентов и изменений СОПР ($r=0,67$, метод Спирмена, $p<0,05$).

Таким образом, эндогенные факторы риска имелись у 43 человек (55%), из них - 35 человек (45%) одновременно имели два и более эндогенных фактора. Всего факторы риска (эндогенные и экзогенные) возникновения предраковых и онкологических заболеваний имелось у 45 человек (58%). Причём большинство из них 40 человек находилось в старшей возрастной группе (54-64 и 64-84 лет).

Заключение. Из опрошенных лиц, проживающих в ГУСО ВОТЦ, факторы риска возникновения предраковых и раковых заболеваний имели 45 человек (58%), причём в основном лица в старших возрастных группах 65-74 и 75-84 лет. Предраковые состояния и изменения встречались в 25,6% наблюдений, и большинство из них в возрастных группах 65-74 и 75-84 лет. Это доказывает, что с возрастом увеличивается риск развития предраковых и раковых изменений в полости рта. Стоматологические показатели обследованных составляли соответственно: КПИ=2,6, ОНИС=2,5, GI=1,9, КПУ=24,87, причём с возрастом наблюдались увеличение значений всех индексов. Стоматологический статус лиц старших возрастных групп с факторами риска развития предраковых заболеваний требует коррекции, нормализации гигиены и других индексных показателей.

Литература.

1. Лаптев, П.И. Диагностика и лечение предраков красной каймы губы и слизистой оболочки органов полости рта / П.И. Лаптев, А.И. Воложин // Рос. стом. журн. - 2004. - № 4. - С. 13-15.
2. Латышева, С.В. Ранняя диагностика поражений слизистой оболочки полости рта в профилактике онкологических заболеваний / С.В. Латышева // Современ. стоматология. - 2009. - № 3-4. - С. 31-33.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПОДГОТОВКИ КАДРОВ

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Калинина Т.В., Шульган С.В., Матвеев А.М.

*ГУ «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника»
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

В связи с развитием в Республике Беларусь рынка медицинских услуг, высокой стоимостью стоматологической помощи, массовой распространенностью стоматологических заболеваний и созданием юридических основ защиты прав пациентов повышается значимость качества оказания стоматологической помощи, как неотъемлемой составляющей качества медицинской помощи населению.

В последние годы в Республике Беларусь разработаны нормативные документы, регламентирующие порядок экспертизы качества в соответствии со стандартами качества оказания стоматологической помощи. С учётом социальной направленности стоматологии наиболее актуальны сегодня вопросы управления качеством в лечебно-профилактических организациях различной формы собственности, в том числе обеспечение доступности стоматологической помощи различным социальным группам населения. Для организаторов здравоохранения качество – это результат деятельности, направленной на создание таких условий оказания медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учётом удовлетворенности населения полученной помощью.

Американский специалист в области организации здравоохранения доктор W.E. Deming, разработал концепцию непрерывного улучшения качества [3]. Стержневым принципом философии W.E. Deming является стремление к постоянному усовершенствованию предоставляемых услуг. В настоящее время общепризнанны следующие концептуальные модели управления качеством: контроль качества (quality control); обеспечение качества (quality assessment); непрерывное повышение качества (continuous quality improvement).

A. Donabedian [4] предложил систему оценки качества оказания медицинской помощи, основанную на принципах действенности, эффективности, продуктивности, оптимальности, приемлемости,

законченности и справедливости. В предложенной автором системе различают три элемента – качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры); качество процесса (технологии, профилактика, диагностика, лечение, соблюдение принципа стандартов); качество результата (достижение принятых клинических показателей и соотнесение их с экономическими показателями).

В Республике Беларусь качество структуры при оказании стоматологической помощи обеспечивается лицензированием стоматологических поликлиник и частнопрактикующих врачей, а также разработкой и внедрением протоколов в области стоматологии. Данный показатель определяется также возможностями материально-технического обеспечения стоматологической поликлиники или частнопрактикующего врача для выполнения заданного характера оказываемой помощи.

Оценивая качество оказания стоматологической помощи, следует также рассматривать соответствие САНПИНам, соблюдение техники безопасности, охраны труда и норм противопожарной безопасности. Важным моментом является учёт эргономических показателей врачей-стоматологов, функции врачебной должности.

В работах большинства авторов, изучавших проблему качества оказания медицинской помощи, подчеркивается особая роль в этом процессе социально-психологических аспектов управления, а также подготовки кадров и повышения квалификации специалистов [1]. В научной литературе, посвященной вопросам управления качеством медицинской помощи, значительное место занимают работы, касающиеся контроля со стороны администрации [2]. Одним из ключевых методических подходов решения данной задачи является организация и проведение опросов среди врачей-специалистов и населения, позволяющих дать оценку уровня оказания медицинской помощи. Процессуальный подход в системе обеспечения качества стоматологической помощи предполагает разработку таких технологий и стандартов, строгое следование которым обеспечивает создание технологических гарантий надежности предоставляемых стоматологических услуг. Основным методом в рамках процессуального подхода оценок качества стоматологической помощи является метод экспертизы путём непосредственного наблюдения за лечебно-диагностическими мероприятиями и ретроспективного анализа первичной медицинской документации. Завершающим этапом в системе оценки качества стоматологической помощи является оценка по результатам. Этот этап основывается на оценке степени достижения

целей на каждом этапе оказания стоматологической помощи. Данный процесс многогранен и сложен. Оценка качества стоматологической помощи по результатам основывается на обобщении официальных статистических данных.

В повседневной стоматологической практике используются показатели, отражающие количественные и качественные результаты деятельности. Анализ этих показателей позволяет дать оценку работы каждого врача, структурных подразделений, поликлиник и отрасли, как по регионам, так в целом в Республике Беларусь.

Литература.

1. Оценка врачами качества оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь / Ю.Е. Демидчик [и др.]. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - Минск, 2011. - № 1. - С. 50-57.
2. Управление качеством оказания медицинской помощи населению / Т.В. Калинина [и др.]. // ARS MEDICA. - 2011. - № 14 (50). – С. 19-21.
3. Deming, W.E. Out of Crisis / W.E. Deming. – Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
4. Donabedian, A. The Definition of quality of care. How can it be assessed? / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 12-32.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ НА КАФЕДРЕ

Рузин Г.П., Демяник Д. С., Вакуленко Е.Н.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Отмечая 30-летие кафедры хирургической стоматологии, сотрудники подвели итоги и проанализировали достижения за этот период. Научное направление кафедры обязано докторской диссертации её первого заведующего Ю.Ф. Григорчука (1980-1996), которая была посвящена особенностям течения и лечения гнойных заболеваний лица и челюстей у пожилых людей. С этого момента на протяжении последующих лет на кафедре проведён ряд исследований в направлении улучшения диагностики и лечения различного характера воспалительных процессов челюстно-лицевой области одонтогенного и травматического генеза. Среди них можно выделить основные:

1) разработаны и внедрены компьютерные программы по уточнению диагностики, прогнозированию течения и путей коррекции лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области, а так же тактики в отношении зуба в щели перелома и профилактики возможных осложнений;

2) изучены взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием пациента и характером течения воспалительного процесса, разработаны методы лечения с учётом психоэмоционального статуса, предложен ряд рекомендаций по купированию стрессовых реакций при хирургических вмешательствах в полости рта;

3) изучены возможности сорбционной и антигемотоксической терапии в комплексном лечении ограниченных гнойно-воспалительных процессов лица, что позволило значительно сократить применение антибиотиков и ускорить очищение ран;

4) разработаны и усовершенствованы методы реабилитации пациентов с воспалительными и постиммобилизационными контрактурами жевательных мышц, изучена и доказана целесообразность использования лазерофореза лекарственных препаратов в зависимости от фазы воспалительного процесса;

5) показана и доказана необходимость дифференцированного подхода к выбору метода лечения пациентов с переломом нижней челюсти, протекающим на фоне генерализованного пародонтита, определены количественные характеристики влияния резиновой тяги на состояние тканей периодонта;

6) изучены особенности течения хронического одонтогенного остеомиелита у лиц с наркотической зависимостью, обоснованы сроки и объем оперативного вмешательства, разрабатываются методы послеоперационной реабилитации.

Указанные и другие исследования позволили расширить представления о закономерностях течения воспалительных процессов, о значении в их течении состояния центральной нервной системы. Внедрение в практику рекомендаций по улучшению лечения этих процессов позволило сократить сроки реабилитации пациентов с контрактурой жевательных мышц, снизить явления эндоинтоксикации и обеспечить более эффективное очищение гнойной раны, а разработанные методы прогнозирования позволили уточнить показания к сохранению зуба в щели перелома и своевременно вносить необходимую коррекцию в лечение процесса.

Научно-практическая ценность исследований нашла отражение в 9-и кандидатских диссертациях, 8-и патентах Украины, в целом ряде информационных писем, публикациях и докладах.

ДЕОНТОЛОГИЯ И СТОМАТОЛОГ СЕГОДНЯ

Рузин Г.П.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Со времени XIX века, когда английским правоведом И. Бентаном было введено понятие «деонтология», то есть наука о должном, прошло около 200 лет. В течение этого периода формировалась и медицинская деонтология - система взаимоотношений между врачом и пациентом, между врачами, в кругу медицинского коллектива. Эти процессы развиваются, меняются в связи со многими объективными и субъективными обстоятельствами и не теряют своей актуальности.

Если по первому пункту речь идет об изменениях в общественных формациях, социально-экономических и экологических условиях, расширении взглядов на те или иные патологические процессы, возможностях воздействия на них, то во второй ситуации можно

говорить об изменениях индивидуальных морально-этических взглядов участников процесса. Можно с уверенностью сказать о неразрывной связи между указанными причинами, о взаимовлиянии их на формирование конкретных взглядов на оценку происходящего, и, соответственно на поведение индивидуума в конкретной ситуации.

Стоматология – одна из немногочисленных медицинских дисциплин, в которой основным является оказание амбулаторной помощи, а в рамках хирургической патологии - чаще оказание помощи по ургентным показаниям. Кроме того, оказание ортопедической помощи и в Советском Союзе было платным, что имело и имеет значение во взаимоотношениях врач-пациент. Нельзя не учитывать и того, что пациент от врача-стоматолога, в отличие от другого специалиста, ждёт немедленной и эффективной помощи, а отсюда и впечатление о квалификации врача, его человеческих качествах часто строится только на результатах одного или двух посещений доктора. Именно эти особенности определяют деонтологические аспекты поведения стоматолога.

В результате распада СССР в разных странах постсоветского пространства произошли кардинальные социально-экономические изменения, в корне отличающиеся от сложившихся за многие годы существования Союза. Эти изменения не могли не отразиться и на деонтологических аспектах деятельности врачей, в том числе, и стоматологов.

Нарастающая в течение этих двадцати лет коммерциализация медицины, в особенности, стоматологии не лучшим образом отразилась на деонтологических принципах отечественной медицины, заложенных ещё Боткиным, Пироговым и проповедуемых корифеями современной медицинской науки: И.А. Кассирским, В.В. Ковановым, С.Я. Долецким, Ю.И. Бернадским, Н.Ф. Данилевским и многими другими. Появившийся и часто сейчас используемый термин «медицинские (стоматологические) услуги» низвели медицинскую помощь(!) в ранг одной из рыночных услуг, наряду с куплей–продажей любого товара, банно-прачечными и иными услугами. Не получают отпора и фразы типа: «на рынке стоматологических услуг появился новый имплантат, ...лазерный скальпель, ...новый пломбировочный материал...» и тому подобное. В так называемых деонтологических публикациях последних лет преимущественно освещаются вопросы: как заполучить и удержать пациента, как уговорить его на то или иное дорогостоящее действие или материал, как обойти, победить или избавиться от конкурента. А отсюда и формируются совершенно новые, рыночные отношения между врачом и пациентом, появляются названные профессором О.Е. Бобровым

врачи-рекетеры и пациенты-рекетеры, основная цель которых - финансовая выгода. Мало кто сегодня помнит завет доктора Гааза: «Спешите делать добро!» или фамилию окулиста Гиршмана, бесплатно вылечившего тысячи пациентов. В какой-то, возможно, степени увеличению числа деонтологически неграмотных и равнодушных врачей причастно и состояние вузовской программы, в которой деонтология преподаётся в очень узких, совершенно не профилированных рамках на втором курсе. А ведь студенты, практически, ещё не видели живого пациента, не ощутили степень его страданий и свою причастность к ответственности за оказанную помощь.

Действительно, сегодняшние проблемы в стоматологии и пути их реализации во многом не совпадают с прошлыми, но основные, ещё Гиппократовские, требования к врачу остаются, на мой взгляд, незбылемыми. Поэтому возвращение к жизни истинных ценностей деонтологии является насущной сегодняшней задачей. Некоторыми шагами этого может явиться выделение деонтологии в каждой из профильных стоматологических дисциплин в учебном плане. Имеет смысл включать лекции по деонтологии в тематику курсов повышения квалификации, специализации и других форм постдипломного образования. Воспитывать у молодого врача понимание того, что медицинская, стоматологическая помощь - это именно помощь врача - специалиста живому страдающему человеку, а не рыночная услуга.

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ДЛЯ РАБОТЫ С АНГЛОЯЗЫЧНЫМИ СТУДЕНТАМИ

Рузин И.Г.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

В связи с расширением международных контактов и появлением значительного числа англоязычных студентов-стоматологов остро встаёт вопрос о подготовке специалистов для ведения занятий по стоматологии на английском языке.

В течение нескольких лет в Харьковском медицинском университете проходят курсы языковой подготовки преподавателей. Занятия проводятся в рабочее время два раза в неделю по два часа в группах из 12-15 человек в течение учебного года. По окончании курсов слушатели сдают экзамен и получают допуск для работы с англоязычными студентами.

Многолетний опыт показывает, что для успеха обучения преподаваемый материал должен отбираться очень тщательно. Основной корпус включает, прежде всего, специальную лексику с самой элементарной грамматикой, без которых преподаватель не может обойтись. Изучение вспомогательного материала (общезыковая и общекультурная лексика, этикет, более сложная грамматика) сведено к минимуму.

Такая жёсткая селекция материала дает возможность полностью сосредоточиться на овладении основными языковыми формами работы преподавателя-стоматолога: 1) изложение учебного материала (лекция или объяснение на практическом занятии); 2) ответы на вопросы студентов; 3) опрос студентов; 4) описание стоматологических манипуляций.

Основной курс обучения начинается через 2-3 месяца вводного курса и строится по следующей модели.

1. Предварительная работа с текстом. Преподаватель читает по-английски текст определенной стоматологической тематики, по ходу переводя ключевые слова и словосочетания и при необходимости упрощая грамматические конструкции. Далее слушатели работают в парах, называя друг другу для перевода в произвольном порядке словосочетания из текста. Темп поддерживается достаточно быстрый. Через несколько минут задание меняется. Теперь один человек читает начало произвольного предложения, а второй должен сразу же найти и прочитать его окончание. Поскольку тексты довольно объёмны, а темп весьма быстрый, такая работа требует немалых усилий. Далее задание усложняется. Один человек из пары читает окончание предложения, а второй должен найти и прочитать его начало. Ещё одним видом предварительной работы является такой: один из партнеров читает предложение, а второй должен повторить его на слух, не глядя в текст. Все эти механические задания заставляют обучающихся довольно внимательно проработать несколько раз один и тот же материал и способствуют его первичному усвоению.

2. Вспомогательный этап. Основная ошибка большинства преподавателей-медиков – попытка излагать материал на иностранном языке в том же виде, как и на родном. Очень быстро они убеждаются в том, что не знают и половины необходимых слов и не умеют построить задуманную ими грамматическую конструкцию. Поэтому слушателям курсов необходимо усвоить, прежде всего, то, что на иностранном языке нужно употреблять небольшие предложения (6-7 слов) с максимально простой грамматикой.

Для овладения этим принципом слушатели проделывают следующую работу. Они берут предложение из текста, переводят его почти дословно на русский язык, а потом начинают менять русское предложение до тех пор, пока оно, сохраняя первоначальное содержание, не станет максимально простым и доступным для перевода. Критерием правильности трансформации выступает легкость перевода. Если человек чувствует затруднение, пытаясь перевести предложение на английский язык, значит что-то не так: нужно или упрощать конструкцию, или подбирать более простые и знакомые слова. Преподаватели должны понять, что не нужно гнаться за длинными и сложными предложениями, которые рождаются медленно и мучительно и изобилуют разного рода ошибками. Гораздо лучше уметь быстро, легко и грамотно строить простые и короткие фразы. Постепенно такая работа входит в привычку и автоматизируется, и потребность в непосредственном переводе отпадает.

3. Основной этап занимает бóльшую часть урока и включает несколько аспектов.

- Изложение материала. После предварительной тренировки в парах, когда каждый выбирает определенный подраздел текста и пытается пересказать его своему партнеру, два или три человека по очереди выходят к доске и рассказывают выбранные темы всей аудитории.
- Ответы на вопросы студентов. Сначала слушатели тренируются в группах из 3-4 человек. Каждому из членов группы остальные участники задают по одному вопросу. После этого 2-3 человека выходят к доске и отвечают на вопросы аудитории.
- Опрос студентов. Сначала работа идёт в маленьких группах. «Преподаватель» задает каждому из «студентов» по одному вопросу. Далее участники меняются ролями. Как и в предыдущих заданиях, за этим следует совместная работа у доски.
- Объяснение стоматологических манипуляций. Это самая трудная часть работы. Во-первых, в отличие от остального материала, имеющего греко-латинское происхождение и поэтому понятного специалистам, манипуляционные глаголы являются чисто английскими. Во-вторых, от слушателя требуется не только говорить на иностранном языке (что само по себе трудно), но и правильно соотносить рассказ с определенными движениями. Как и в предыдущих заданиях, тренировочная работа в парах или микрогруппах завершается совместной работой у доски.

Заключение. Организованный описанным выше образом процесс языкового обучения позволяет быстро и эффективно подготовить необходимое число преподавателей-стоматологов для работы с англоязычными студентами.

РЕФОРМА ЗУБОВРАЧЕБНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В 20-30 ГОДЫ XX СТОЛЕТИЯ

Рябокоть Е.Н.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

В специальной литературе описано как проходила реформа зубоврачебного образования в республиках возродившегося СССР. В УССР и РСФСР она шла разными путями. В период с 1921 по 1930 год. Украина в вопросах реформы зубоврачебного образования шла особым самостоятельным путём, независимо от РСФСР. Одним из ярких сторонников этой реформы являлся проф. Е.М. Гофунг (г. Харьков), который описывает ситуацию сложившуюся тогда в вопросе о взглядах на эту реформу в двух республиках. «По этому вопросу, уже вскоре после революции, произошло разногласие между руководителями Московских одонтологических кругов и Харьковских. В то время как в Москве, хотя и не без некоторых колебаний и трений, вопрос был поставлен так, что отдельный Институт зубных врачей не должен больше существовать, что каждый врач, прослушав курс одонтологии на Медицинском факультете, может избрать себе «Одонтологию» специальностью, – Харьков, вполне признавая, что «Одонтология» является равноправной медицинской дисциплиной и продвигая ее в стены Медицинского факультета, как отдельную кафедру, все же смотрел на это только с той точки зрения, что каждый врач любой специальности обязан знать основы одонтологии и ту связь, которая существует между болезнями полости рта и другими заболеваниями организма. Мы не считали возможным разрешить большую, по нашему мнению, весьма трудную и важную проблему обеспечения в государственном масштабе зубоврачебной помощью населения Украины, через тех врачей, которые, может быть захотят избрать своей специальностью «Одонтологию».

Ситуация в РСФСР была такая, что после 1920 года Народным комиссариатом здравоохранения РСФСР издано постановление в котором сказано, что зубным врачом может быть тот, кто окончил медицинский факультет и прошел дополнительное образование по одонтологии в течение 1,5-2 лет. Для этого были организованы кафедры одонтологии при медицинских факультетах. «На первый взгляд, кажется, что эта реформа чрезвычайно революционная, далеко идущая: что может быть лучше того, чтобы зубные болезни лечились только врачами с законченным медицинским образованием? На самом деле это привело к тому, что до 1930 году вообще никто не шёл на эту

специальность. Так, революционная фраза привела к чрезвычайно грустным результатам» (М.Г. Гуревич, 1935).

В этот период в Украине тоже ставился вопрос о реформе зубоврачебного образования. Отдел медицинского образования Укрглавпрофобра по-другому решил этот вопрос. Эта позиция заключалась в том, что зубоврачебное образование в Украине должно реформироваться путём образования одонтологических факультетов при медицинских институтах с четырехлетним курсом обучения с обширной общемедицинской и специальной программой. И в 1921 году произошла реформа зубоврачебного образования в Украине, когда вышло положение о ВУЗах Украины, где значилось, что в структуре медицинских институтов вводится и одонтологический факультет. При этом, как и у медицинского факультета, на одонтологический факультет распространялись такие же права, требования и обязанности.

Как пишет Е.М. Гофунг: «Здесь было принято во внимание то неоспоримое обстоятельство, что изучить теоретически и практически одонтологию на медицинском факультете, итак перегруженном большим числом лечебных и профилактических дисциплин, – нельзя: для этого необходимо продлить прохождение курса медицинских факультетов, по крайней мере, еще на год. С другой стороны, нельзя также и рассчитывать на то, чтобы более или менее достаточное количество медиков посвятили себя изучению этой специальности. Опыт Москвы показывает, что до сих пор, по крайней мере, нет даже сравнительно достаточного количества студентов-медиков, желающих избрать своей специальностью «Одонтологию».

Е.М. Гофунг еще в 1924 году, когда только начиналась реформа зубоврачебного образования в РСФСР, это предсказывал: «Много ли можно дать врачей-специалистов по одонтологии стране? Я, думая, об этом тоже нечего говорить: опыт РСФСР показывает нам всю несостоятельность этой идеи; ведь на Съезде воочию выяснилось, что во всей России, из всех медицинских факультетов, где имеются кафедры одонтологии, только несколько считанных человек (кажется, 9?) думают посвятить себя этой специальности; и то я скажу с уверенностью, – если они потеряют надежду на частную практику, – то и они откажутся от этого».

Из доклада М.Г. Гуревича «В 1921 года мы приняли (я говорю: мы, потому, что я тогда работал на Украине) по предложению проф. Гофунга решение об организации одонтологического факультета внутри Медицинского института. В 1930 году на Украине эти факультеты были выделены в специальные стоматологические институты. За этот период

Украина дала 1350 одонтологов. ... Украина в какой-то степени имела систему государственной подготовки зубных врачей, в то время как в РСФСР до 1930 года существовал очень революционный левый тезис, а на практике ничего не делалось. Никто ещё никогда тезисами зубов не лечил. В 1930 году была сделана слабая попытка организации Одонтологического института внутри Медицинского института. При Медицинском институте в Москве организовался одонтологический факультет, куда пошло несколько десятков человек. По окончании большинство тут же на ходу переменяло свою специальность, став общими врачами».

К основным положениям реформы одонтологического образования в Украине, которые отражают дифференцированный подход развития и оказания помощи, следует отнести, во-первых, распределение полномочий зубного врача и одонтолога. Именно такой подход дал возможность обеспечить целостность медицинских работников оказывающих стоматологическую помощь. Ведь только, находясь в системе крупного медицинского ВУЗа, где имеются все необходимые кафедры и структурные подразделения для подготовки врача, возможна адекватная «сильная» подготовка врача-одонтолога (стоматолога) и развитие всей специальности – стоматологии с её дисциплинами на отдельно выделенном одонтологическом факультете.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА МИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ЗА ПЕРИОД 1986-1998 ГОДЫ

Чудаков О.П.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Научно-исследовательская работа медицинского ВУЗа является одной из важных областей деятельности Учреждения образования. Она многогранна и включает следующие аспекты: планирование, выполнение НИР, внедрение научных достижений (разработок) в практику здравоохранения, подготовка научно-педагогических кадров, аттестация их, создание материально-технической базы для выполнения НИР и подготовки кадров, совершенствование, оптимизация НИР с расширением интеграционных связей в НИР.

Начиная с 1986 года и по 1998 год, коллектив МГМИ проводил научные исследования по следующим основным направлениям научной деятельности, утвержденным Минздравом БССР:

- 1) нейрогуморальные и иммунобиологические механизмы регуляции резистентности организма матери и ребенка к действию физических и химических факторов и разработка системы предупреждения их;
- 2) общие закономерности развития патологического процесса и разработка путей профилактики и патогенетической терапии при диффузных поражениях органов и систем человека;
- 3) экспериментально-клиническое изучение закономерностей и индивидуального развития органов и систем человека;
- 4) экология среды обитания человека, ликвидация медицинских последствий аварии на ЧАЭС;
- 5) современные актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Научная тематика выполнялась в соответствии:

- 1) с общесоюзными научно-техническими программами по постановлению ГКНТ СССР (5 НИР);
- 2) с постановлением Совета Министров БССР (1 НИР);
- 3) с отраслевыми научно-техническими программами в области медицины (8 НИР);
- 4) с республиканской программой по кардиологии (1 НИР);
- 5) с программой по международному научно-техническому сотрудничеству (1 НИР);
- 6) с республиканской комплексной программой «Фундаментальные исследования в БССР для медицины на 1986-1990 гг.» (Медицина - 1 НИР);
- 7) с республиканской комплексной программой фундаментальных исследований в области общественных наук (человеческий фактор) - 1 НИР.

По внутри институтскому плану выполнялись темы почти на всех кафедрах, проводились научные исследования и на хоздоговорной основе.

На протяжении 12 лет ежегодно научные исследования по внутри вузовскому плану включали по:

- медико-биологическим проблемам - 49 тем;
- педагогике высшей школы - 2,6;
- политологии и философии – 1;
- хоздоговорной тематике - 14 тем.

Ежегодно внутри вузовский план НИР включал 66,6 темы.

Финансирование научных исследований за год составляло:

- госбюджетное - 400,0 тыс. рублей;
- государственный заказ - 1104,5 тыс. рублей;
- социальный заказ – 451,4 тыс. рублей;
- по программе «Здоровье» - 434,7 тыс. рублей;
- по хоздоговорам – 780 тыс. рублей.

Общий объем финансирования за год в среднем составлял 3657,5 тыс. рублей.

Все проводимы научные исследования были направлены на решение актуальных и приоритетных задач в области здравоохранения и народного хозяйства республики, выполнения специальных заданий по ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.

В выполнении такого объема НИР ежегодно принимали активное участие сотрудники не менее 54 (из 58) кафедр и ЦНИЛ в составе 13 лабораторий, 21 научной группы, двух отделов и одного Центра. Это

лаборатории: физиологии и экспериментальной патологии, биохимических методов исследования, методов морфологических исследований гормональных исследований, информационного анализа и моделирования по проблемам организации здравоохранения и социальной гигиены, гемо- и лимфосорбции, по изучению гемостаза при гнойной инфекции у детей, коллагенозов, психонейрохирургии, научного сопровождения внедрения нового хозяйственного механизма в здравоохранение, по проблемам дерматологии и венерологии, по изучению психических расстройств у населения БССР, по разработке научных основ организации стоматологической помощи населению Республики.

Научные группы (8 штатных и 12 – временных) по: детской нефрологии, внутрибольничной инфекции, молекулярным основам радио повреждения, психосоматической патологии, социальной психиатрии, стоматологической патологии, реабилитации остеоартрозов, детской кардиологии, опухолевой тиреоидной патологии, лазерной терапии, стоматологии детского возраста, токсико-гигиеническим исследованиям по ГНТП «Стоматология и челюстно-лицевая хирургия», лазерной хирургической установке, аутоиммунитету, лекарственной патологии, изучению влияния кадмия, изучению язвенной болезни, ревматоидного артрита, кардиомиопатии, анемии у детей.

Отделы: ВНИДР (отдел внебюджетных научно-исследовательских и договорных работ), патентно-информационный отдел.

Фармакологический Центр.

В указанных подразделениях в 1998 году в НИР принимало участие 838 человек, в числе которых – 83 доктора наук, 407 кандидатов наук 348 – без ученой степени. Соотношение старших и младших научных сотрудников составляло 1:1,5.

МГМИ в 1986 году переключил многие кафедры и ЦНИЛ на выполнение НИР 6186 – научных исследований связанных с аварией на Чернобыльской АЭС, что не смогло не сказаться на сокращении возможностей полного и своевременного выполнения плановых работ. На основании научных данных, полученных учеными МГМИ при работе в радиационной зоне, в ЦК КПСС и ГКНТ СССР была представлена объективная картина радиационного заражения территории и людского ресурса БССР. Для ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы МГМИ получил штаты (73 единицы) и оборудование, которые стали в дальнейшем базой для организации института радиационной медицины. Устраняя существующие на то время трудности в выполнении НИР, за весьма короткий срок была построена и введена

в полную эксплуатацию современная экспериментально-биологическая клиника (виварий), налажено централизованное снабжение химическими реактивами, преодолены трудности в транспортном обеспечении научных подразделений.

На созданной материально-технической базе активизировалась подготовка научных и научно-педагогических кадров. За 12 лет успешно защищены 68 докторских и 338 кандидатских диссертаций. Активная подготовка научно-педагогических кадров велась через аспирантуру, докторантуру и соискательство. Этой работе способствовало открытие в МГМИ, по приказу ВАК РБ, советов по защите докторских и кандидатских диссертаций. В 1996 году в МГМИ работали 7 советов по защите диссертации по 22 специальностям: акушерство-гинекология, педиатрия, детская хирургия; болезни уха, горла и носа, глазные болезни, стоматология; анатомия человека, патологическая анатомия, патологическая физиология, гистология, эмбриология и цитология; психиатрия, неврология; кожные и венерические болезни, судебная медицина; микробиология, аллергология и иммунология, инфекционные болезни; фтизиатрия, пульмонология; биохимия, нормальная физиология, фармакология.

Должное внимание ректорат МГМИ уделял расширению сотрудничества при выполнении НИР. Совместно с НИИ АН БССР выполнялось 10 тем, с НИИ МЗ РБ – 14 тем, с другими вузами – 4, с научно- производственными учреждениями – 3, в рамках международного сотрудничества – 6 тем.

В девяностые годы (1996-1998) заметно расширились границы совместной работы с медицинскими вузами ближнего и дальнего зарубежья. За этот период было выполнено 293 командировки, из них в страны СНГ – 89, в страны дальнего зарубежья – 204, где 41 сотрудник МГМИ прошел научную стажировку.

Проведенные научные исследования обобщены учеными института в 153 монографиях. За 12 лет подготовлено и издано 79 сборников научных статей, дано 270 методических рекомендаций, представлено 10324 публикации, из них 2786 - в центральной печати, в республиканских изданиях – 5603, в зарубежной печати – 319, в сборниках института – 1616.

Результаты 1020 научных разработок внедрены на союзном (24), республиканском (323) и внутри институтском (642) уровнях. Они легли в основу приказов Минздрава (14) по организации службы, технических нормативных документов(32); освоены в производстве 9 изделий медицинской техники.

В течение 12 лет учеными МГМИ организовано и проведено 43 съезда, 151 конференция и 234 симпозиума и семинара.

Постоянное совершенствование организационных, структурных аспектов внутри вузовской НИР, укрепление материальной базы с обновлением кафедр и лабораторий современной дорогостоящей аппаратурой, наращивание темпов подготовки научных и научно – педагогических кадров явились основанием для определения МГМИ Минздравом СССР – школой передового опыта по внутри вузовской работе, на базе которой 30-31 мая 1989 года, в соответствии с приказом МЗ СССР , организована и проведена Всесоюзная школа–семинар «Пути повышения эффективности вузовской науки».

**О РОЛИ СОВЕТА ПО ЗАЩИТЕ ДИССЕРТАЦИИ
В ПОДГОТОВКЕ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ
НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КАДРОВ
НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ БГМУ**

Чудаков О. П.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Одной из первоочередных задач вуза - осуществление обучения, основанного на раскрытии имеющихся способностей каждого студента, природных дарований, воспитания личности, духовной осмысленности, подготовки специалиста, отвечающим высоким духовным и нравственным требованиям врачебной профессии, способного в современном мире занять достойное место в борьбе за жизнь и здоровье человека. Медицинский вуз, согласно рекомендациям Всемирной федерации медицинского образования, обязан реализовать политику, направленную на укрепление и развитие тесной взаимосвязи между образованием и научными исследованиями.

Такая политика должна осуществляться на созданной научно-исследовательской базе с четким определением научно-исследовательских приоритетов медицинского университета.

Существующая связь между научно-исследовательской и учебной деятельностью каждого преподавателя позволяет реализовать эталон педагога, образ которого воспринимается студентом как положительный ориентир в необходимости серьезного овладения тайнами и мудростью врачевания, глубокого изучения медицинских дисциплин. Воспитывать у студента мотивированный интерес к учебному процессу непросто. Эффективное решение этой проблемы невозможно без использования современных достижений медицинской науки и ее специальностей.

Для ускорения этого процесса ведущее место в вузе отводится преподавательскому корпусу. Оценка такого корпуса чаще начинается с процента остепенённости. На стоматологическом факультете, на кафедрах стоматологического профиля УО БГМУ успешно трудятся 186 преподавателей, из которых ученую степень кандидата медицинских наук имеют 108, доктора медицинских наук - 12. Процент остепененности преподавательского состава на сегодня составляет 64,5%.

В начале 80-х годов прошлого столетия, ректорат, деканат, общественные организации факультета часто акцентировали внимание на низкой остепенённости (20,6%) преподавательского состава, необходимости активизации подготовки научно-педагогических кадров. Для решения этой проблемы необходимо было реализовать две важные задачи: создать материальную базу для проведения научных исследований, создание условий для осуществления высшей аттестации научных кадров стоматологов.

Важной вехой в решении этой задачи была организация БелВАК в 1992 года. Одной из первых медицинских специальностей в разделе «Медицинские науки» была «Стоматология» 14.00.21. По решению БелВАК, с учетом острой необходимости в подготовке научно-педагогических кадров, по ходатайству ректората УО БГМУ в 1994 году был создан Совет по защите докторских и кандидатских диссертаций в нашем университете. Первые 10 лет работы Совета, специальность «Стоматология» была одновременно со специальностями 14.01.07 «Глазные болезни» и 14.01.03 «Болезни уха, горла, носа». С 2005 г. и по настоящее время диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата медицинских наук защищаются в Совете Д 03.18.05 по специальностям «Стоматология» 14.00.21, «Хирургия» 14.00.27. За 15 лет по специальности «Стоматология» в Совете успешно защищено 8 докторских и 102 кандидатских диссертаций, которые утверждены БелВАК.

Постоянный рост остепенённости научно-педагогических кадров на факультете, заметно активизировал, как подготовку научных работников по специальности, так и совершенствование педагогического процесса на профильных кафедрах. 96% научных разработок диссертационных исследований внедрено в учебный процесс.

За последние 5 лет заметно повысилось качество диссертационных работ по существующим разделам специальности, актуальным вопросам современной практической стоматологии. 97,3% работ имеют новаторский характер, 76,5% защищенных работ выполнены на стыке

с другими медицинскими и медико-биологическими, физико-математическими специальностями, 90% диссертационных работ включают инструкции по применению разработанных технологий диагностики, лечения, профилактики, утвержденных и изданных Минздравом Республики Беларусь. 83,4% защищенных диссертаций имеют четкую социально-экономическую направленность.

В соответствии с Постановлением ВАК РБ от 08.06.2009 г. № 4 БелВАК перешел на новую классификацию отраслей науки и группы специальностей. Стоматология получила гриф 14.01.14. Являясь широко объемлющей медицинской специальностью, включающей в себя терапевтическую, хирургическую (челюстно-лицевая хирургия), ортопедическую стоматологии, ортодонтию, стоматологию детского возраста, профилактику стоматологических болезней, коммунальную стоматологию в новом паспорте по специальности 14.01.14 «Стоматология» расширены области научных исследований: этиология, патогенез, диагностика, методы профилактики и лечения болезней твердых и мягких тканей зубов, слизистой оболочки полости рта у детей и взрослых. Этиология, патогенез, диагностика, профилактика и лечение болезней пародонта у детей и взрослых. Экзогенные факторы в развитии патологии челюстно-лицевой области. Врожденные и приобретенные деформации и дефекты зубочелюстной системы у детей и взрослых, диагностика, профилактика, лечение. Нарушение стоматологического гомеостаза (здоровья) у взрослых и детей как следствие развития системных заболеваний организма. Эстетическая стоматология. Ортопедическое лечение дефектов зубов, зубных рядов, врожденных и приобретенных дефектов и деформаций зубочелюстной системы с применением различных конструкций зубных протезов. Планирование, разработка и усовершенствование изготовления различных конструкций зубных протезов, ортодонтических аппаратов. Ортодонтическое лечение аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов и прикуса у детей и взрослых. Ортогнатическая хирургия. Патология височно-нижнечелюстного сустава. Анестезиология и реанимация в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Гнойно-септическая челюстно-лицевая хирургия детей и взрослых. Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области, профилактика, методы хирургического лечения. Травмы челюстно-лицевой области у детей и взрослых. Травматические повреждения периферических нервов челюстно-лицевой области, диагностика, лечение. Болезни слюнных желез, методы диагностики и хирургического лечения. Онкология челюстно-лицевой области у взрослых и детей, методы хирургического лечения.

Физиотерапевтические и рефлексотерапевтические воздействия в комплексном лечении стоматологических болезней и в послеоперационной реабилитации челюстно-лицевой пациентов. Диагностика и прогнозирование развития и течения хирургических болезней челюстно-лицевой области с использованием биохимических, биофизических, микробиологических, иммунологических тестов и систем соответствия. Эндоскопические методы диагностики и лечения челюстно-лицевых больных. Пластическая, восстановительная и реконструктивная хирургия челюстно-лицевой области и шеи. Трансплантация органов и тканей в челюстно-лицевой области. Имплантология в челюстно-лицевой хирургии.

Поступательный рост острепенности преподавательского состава факультета, несомненно, служит улучшению качества подготовки специалистов - главной задачи высшей медицинской стоматологической школы. Положительно оценивая накапливаемый опыт активной работы по подготовке научных кадров на стоматологическом факультете УО БГМУ проводимый докторами медицинских наук Л.С. Величко, С.А. Наумовичем, П.А. Леусом, Т.Н. Тереховой, Л.Н. Дедовой, И.В. Токаревичем, И.О. Походенько-Чудаковой, доцентом Н.М. Полонейчиком при интеграционном участии БелМАПО докторов медицинских наук И.К. Луцкой, А.С. Артюшкевича, доцента Г.М. Румана, ученых Витебского государственного медицинского университета - в качестве оппонировающей организации - позволяет с уверенностью говорить о реальном продолжении динамизма и перспективности в подготовке научных кадров высшей квалификации, в которой определяющая роль в оценке качества проведенных исследований неоспоримо принадлежит Совету по защите диссертаций.

Литература.

1. Положение о Совете по защите диссертаций ВАК РБ, 2009. 28 с.
2. Вергасов, В. М. Проблемное обучение в высшей школе / В.М. Вергасов. - Киев: «Высшая школа», 1977.
3. Отчеты о работе Советов : Д 03.18.02, Д 03.18.05. 1996-2009 гг.
4. Постановление БелВАК № 4 от 08.06.2009 г.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЭЛЕКТРОЭРОЗИОННОЙ ОБРАБОТКИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫХ ПРОТЕЗОВ

Борунов А.С., Пискур В.В., Коцюра Ю.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Одной из важнейших проблем стоматологии является производство высококачественных, надежных и недорогих зубных протезов на основе различных конструкционных материалов. В этом отношении наиболее приемлемыми являются металлы и их сплавы. Прочность литого металлического каркаса вместе с полимерной облицовкой, имитирующей цвет естественных зубов, обеспечивает высокие функциональные и эстетические свойства протеза. Основное условие широкого применения этих материалов для облицовки зубных протезов – это обеспечение их надежного соединения с металлическим каркасом. Для решения этой проблемы предлагаем подвергать металлический каркас цельнолитого металлопластмассового протеза (ЦНМПП) электроэрозионной обработке.

Цель исследования — определение эффективности применения различных конструкций цельнолитых металлопластмассовых протезов с применением электроэрозионной обработки для устранения включенных дефектов зубных рядов различной протяженности.

Объекты и методы. Для проведения клинических исследований была разработана методика электроэрозионной обработки каркаса ЦНМПП для получения развитой микроретенционной поверхности. В качестве контроля использовались конструкции, изготовленные по традиционной зубопротезной технологии.

Оценку ближайших и отдаленных результатов ортопедического лечения дефектов коронковой части зуба и включенных дефектов зубных рядов ЦНМПП осуществляли на основании повторных клинических осмотров после наложения протезов через 3–6, 12–24 месяцев. Критерии оценки являлись: анализ состояния опорных зубов, протезного ложа, облицовки, а также отзывы пациентов. Состояние протеза оценивали на основании: наличия подвижности или неподвижности протеза, целостности металлического каркаса, характера окклюзионных взаимоотношений. При осмотре цельнолитых металлопластмассовых протезов особое внимание обращали на внешний

вид, целостность и сохранность облицовочного покрытия. Объективная оценка проводилась по следующим критериям: изменение цвета, наличие трещин, скалывание облицовки, видимое отслоение полимера от металлического каркаса, просвечивание ретенционных элементов через слой полимера.

Результаты. Сравнительная оценка частоты появления различных дефектов в зависимости от сроков наблюдения показало наличие существенных расхождений в сравниваемых группах ($p < 0,001$) (рис. 1).

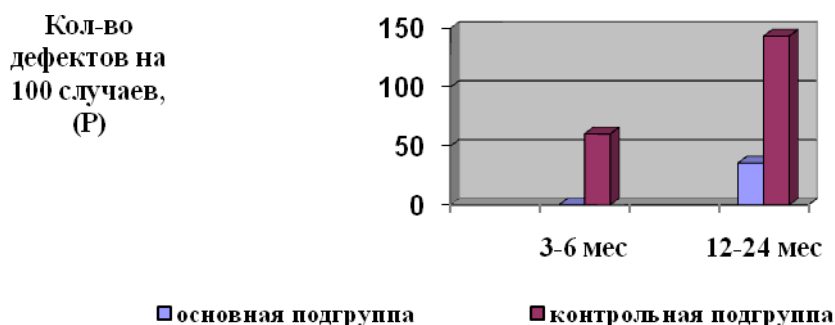


Рис. 1 Сравнительная оценка частоты появления различных дефектов в зависимости от сроков наблюдения

Ниже представлена сравнительная оценка частоты появления различных дефектов (изменение цвета, трещины, скалывание облицовки, отслоение полимера от металлического каркаса, просвечивание ретенционных элементов через слой полимера) в основной и контрольной группах в зависимости от сроков наблюдения (рис. 2).

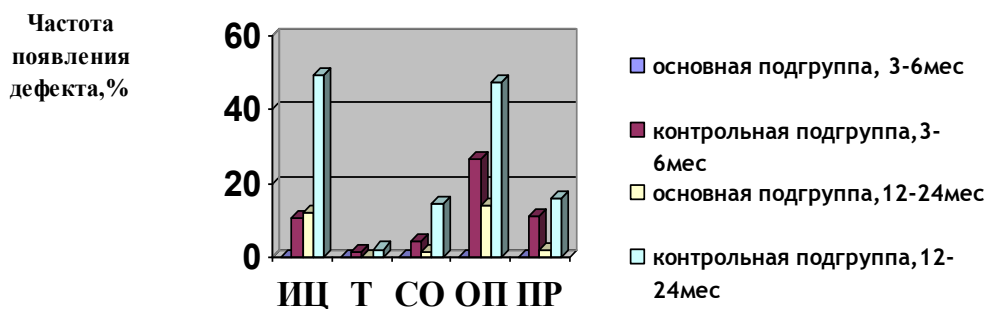


Рис. 2 Сравнительная оценка частоты появления различных дефектов в наблюдаемых группах в зависимости от сроков наблюдения, где ИЦ – изменение цвета; Т – наличие трещин; СО – скалывание облицовки; ОП – отслоение полимера от металлического каркаса; ПР – просвечивание ретенционных элементов через слой полимера

Параметры электроэрозионной обработки разработаны на основе экспериментальных исследований, показавших, что электроэрозионная обработка металлической поверхности каркаса цельнолитого зубного

протеза перед нанесением облицовочного материала увеличивает силу сцепления между металлом и полимером в среднем в 1,7–1,9 раза по сравнению с химическим протравливанием и пескоструйной обработкой. Величина силы сцепления составляет $22,81 \pm 0,29$ мПа.

В результате электроэрозионной обработки каркас имеет хорошо развитую макро- и микроретенционную поверхность. Площадь каркаса увеличивается для сцепления с облицовочным материалом. Создаются хорошие адгезионные условия для удержания последующих слоев. Облицовочный материал в процессе полимеризации плотно заполняет микропространства ретенционного слоя, образуя прочное микромеханическое соединение. Адгезия улучшается также и за счет образования так называемого скрепляющего каркаса из регулярно размещённого множества микроретенционных пунктов. Максимальная заполненность межретенционных впадин существенно повышает коррозионную устойчивость металлического каркаса за счёт уменьшения ширины микрощели, которая образуется между прослойкой облицовочного материала и металлом.

Заключение. Ближайшие и отдаленные результаты ортопедического лечения цельнолитыми металлопластмассовыми зубными протезами пациентов с частичной потерей зубов различной локализации позволили подтвердить высокую эффективность примененной методики электроэрозионной обработки металлического каркаса протеза, существенно улучшающей ретенцию облицовочного покрытия. Примененная технология проста в применении, не несет значительных экономических затрат, экологически «чиста». Она более надежна, чем общепринятая, а её эксплуатация сопровождается появлением меньшего количества дефектов и позволяет продлить срок пользования данными протезами с сохранением функциональных и эстетических качеств.

НОВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ СИЛИКОНОВЫЙ ОТТИСКНОЙ МАТЕРИАЛ «СИЭЛАСТ-К»

Голик В.П., Янишен И.В., Коваленко Г.А.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Одним из наиболее ответственных клинических этапов в ортопедической стоматологии при изготовлении различных конструкций зубных протезов является получение оттиска. Широкое распространение в клинике утвердилось методика получения двухслойного оттиска. Наиболее перспективными материалами

для получения двухслойных оттисков являются эластомерные оттискные материалы на основе силиконового каучука.

Силиконовые оттискные материалы представляют собой пастообразные композиции, которые твердеют, или вулканизируются под действием жидкости-катализатора (выпускная форма «паста-жидкость» или пасты-катализатора «паста-паста»). В исходном состоянии силиконовые пасты оттискных материалов имеют различную вязкость: от высокой - густой пластилиноподобной до низкой - жидкой легко текучей. Сочетая материалы нескольких вязкостей, и получая двухслойные оттиски, врач стоматолог-ортопед может достичь высокой размерной точности оттиска в самых различных клинических ситуациях. Чаще используют силиконовый оттискной материал высокой вязкости, который корректируют жидким легко текучем слоем.

В настоящее время в мировой практике применяют 2 вида силиконовых оттискных материалов, которые отличаются химическим принципом процесса твердения: твердеющие по реакции поликонденсации и твердеющие по механизму полиприсоединения или полимеризации. С точки зрения практики ортопедической стоматологии, а также стоматологического материаловедения определенный интерес представляет новый отечественный силиконовый материал серии «СИЭЛАСТ-К».

«СИЭЛАСТ-К» - это силиконовый оттискной материал твердеющий по реакции поликонденсации, а также имеющий различную вязкость, вулканизирующийся под действием пасты-геля.

«СИЭЛАСТ-К» - база, представляет пасту высокой вязкости тип 1, предназначенную для получения двухслойных анатомических оттисков.

«СИЭЛАСТ-К» - паста средней вязкости тип 2, которая предназначена для получения функциональных, а также и анатомических оттисков.

«СИЭЛАСТ-К»- корректор, представляет пасту низкой вязкости тип 3, предназначенную для получения двухслойных анатомических оттисков.

Совместно с сотрудниками центральной исследовательской лаборатории АО «СТОМА» г. Харьков проведена сравнительная оценка основных показателей физико-механических свойств силиконовых оттискных материалов «СИЭЛАСТ-К» и «СТОМАФЛЕКС» по результатам лабораторных испытаний в соответствии с методиками и требованиями международного стандарта.

Заключение. Лабораторные испытания показали, что все исследуемые показатели (вязкость пасты, консистенция, рабочее время, остаточная деформация сжатия, деформация сжатия, линейная усадка)

соответствуют требованиям ИСО, а также подтверждают высокое качество оттискового материала «СИЭЛАСТ-К» который ничем не уступает зарубежным материалам и имеет преимущество по цене.

**НОВЫЙ ЛАК ПОКРЫВНОЙ «СИНМА-М+V»
ДЛЯ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ КОНСТРУКЦИЙ
НЕСЪЁМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ**

Голик В.П., Бреславец Н.Н.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Ортопедическое лечение, направленное на восстановление анатомической целостности зубов, непрерывности зубных рядов, а также эстетики, необходимо проводить с учётом индивидуальных особенностей пациентов. В связи с этим выбор врачом конструкции и материала зубного протеза должны не только соответствовать каждой конкретной клинической ситуации, но и учитывать материальную доступность конструкции для пациента.

Широкое использование цельнолитых комбинированных несъёмных конструкций обусловлено сочетанием высокой эстетики и прочности металлического каркаса. Однако керамическое покрытие имеет не только свои особенности применения, но и является дорогостоящим. Цельнолитые несъёмные протезы с эстетической облицовкой из пластмассы являются одновременно качественной и экономичной конструкцией. Процесс их изготовления менее трудоёмок, а возможность создания более легких конструкций позволяет разгрузить пародонт зубов-антагонистов.

Однако вопрос усовершенствования адгезии как между керамическим покрытием и металлом, так и между полимерной облицовкой и металлом до настоящего времени является актуальным. Пути его решения, как правило, находятся в двух направлениях, это усовершенствование адгезии за счёт механической ретенции и применение химического агента.

С целью улучшения адгезивной системы металл-эстетическое покрытие кафедрой ортопедической стоматологии в сотрудничестве с АО «СТОМА» г. Харьков разработан новый материал - лак покрывной «Синма-М+V».

Сравнительные исследования данного материала были проведены с сертифицированными и широко применяемыми в практике ортопедической стоматологии материалами «ЭДА-03» (АО «СТОМА») Харьков и «CONALOR» (Spofa Dental) Чехия.

Физико-механические свойства были изучены согласно ТУ У 24.4-00481318-061: внешний вид лаковой плёнки, время твердения, прочность адгезивной связи лаковой плёнки с металлической поверхностью.

Полученные результаты свидетельствуют о высоком качестве нового материала - лака покрывного «СИНМА-М+V». Согласно исследованиям основной его характеристикой является прочность адгезивной связи лаковой плёнки с металлической поверхностью у лака покрывного «СИНМА-М+V» составляет 7,0 МПа, что на 1.0 МПа более, чем у «ЭДА-03» и на 5,0 МПа больше, чем у «CONALOR».

Заключение. Полученные результаты дают основание сделать вывод об улучшении адгезивной связи эстетического облицовочного покрытия с металлической поверхностью, за счёт применения разработанного нового лака покрывного «СИНМА-М+V», усовершенствования физико-механических свойств материалов данного класса, а практическое использование указанного материала позволит уменьшить число осложнений в клинике ортопедической стоматологии.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Голик В.П., Яровая А.В., Янишен И.В.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Отсутствие, до последнего времени, отечественных целевых материалов для временных коронок (ВК) и методики их изготовления сужает возможности врача ортопеда-стоматолога по качественному лечению целого ряда патологических и физиологических состояний, полноценного восстановления жевательной функции и обеспечения достойного качества жизни (КЖ) пациенту на этапах его протезирования.

Большинство стран Европейского региона использует принципы стратегии достижения «Здоровье для всех» как основу совершенствования политики и технологий оказания медицинской помощи. Базовыми компонентами этой стратегии являются, в том числе и мониторинг стоматологической помощи за счёт развития новых технологий лечения, разработки и внедрения в клиническую практику новых материалов, методик лечения и обеспечение качественными и доступными лекарственными средствами. Одной из базовых целей Европейской стратегии является повышение КЖ пациентов, в том числе

за счёт новых лечебных и профилактических технологий и клинического мониторинга эффективности специализированной медицинской помощи (WHO, 1998-2004). Потребность населения Украины в протезировании зубов несъёмными протезами достаточно высока и на текущий момент составляет около 80%, а уровень её удовлетворения по разным регионам Украины равняется ($22,0 \pm 38,0\%$), что является предпосылкой профилактики осложнений и повышения надёжности и увеличения сроков эксплуатации несъёмных конструкций зубных протезов.

В специальной литературе вопросы развития системы клинических технологий обеспечения качества лечения несъёмными зубными протезами практически не освещены, проблема требует научного изучения и обоснования путей её преодоления для дальнейшего совершенствования стоматологической помощи населению Украины. Даже при применении материалов с лучшими исходными физико-механическими свойствами, качество ортопедической конструкции и лечения в целом определяется клинической, функциональной, технологической и квалитетричной составляющими интегрального показателя эффективности лечения.

Следует отметить, что разработан первый целевой отечественный материал «Акродент» по физико-механическим свойствам в полной мере отвечающий требованиям данного класса стоматологических материалов. Сравнительная характеристика показала, что материал «Акродент» по основным показателям не уступает, а по показателю деформации при сжатии достоверно ($p < 0,05$) преобладает над материалом «SNAP» и не отличается от материала «TEMPRON».

Заключение. Обоснование структуры целевого материала для изготовления ВК, отвечающего современным требованиям стоматологического материаловедения, а также внедрение его в технологии ортопедического лечения несъёмными конструкциями позволяет обеспечить не только подготовку протезного ложа (механическую рефракцию десен, защиту дентинных канальцев от инфицирования) и меньшую себестоимость конструкции, но и высокое КЖ пациентов на этапах лечения несъёмными зубными протезами.

ОСОБЕННОСТИ НАПРЯЖЁННО-ДЕФОРМАЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Головко А.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Ортопедическое лечение пациентов с дефектами зубных рядов является одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии. При утрате части жевательных зубов в патологический процесс вовлекается большинство органов зубочелюстной системы. При потере зубов в 61% наблюдениях стоматолог в Республике Беларусь использует мостовидные протезы. Многие нарушения диагностируются при клиническом обследовании. Другая часть из них требует применения специальных методов, направленных на выявление скрытых патологических состояний.

Целью работы было изучение деформации челюстно-лицевой области при протезировании мостовидными протезами большой протяженности методами голографической интерферометрии. Оптическими методиками можно вести исследования на реальных материалах и конструкциях с неоптической поверхностью без контакта с объектом, получая при этом полную информацию о полях перемещений по всей поверхности.

Объекты и методы. Было выполнено голографическое исследование и математический расчет 17 наиболее часто используемых в практике мостовидных протезов, возмещающих дефекты при потере трех зубов.

Результаты. В табл. 1 приведён расчёт деформаций протеза восстанавливающего потерю трёх зубов в боковом отделе.

При фиксации мостовидного протеза с опорными коронками на зубах 2.3 и 2.7 наблюдается следующая картина интерференционных полос. Полосы имеют максимальную концентрацию в области опорных зубов, перераспределение нагрузки на соседние зубы не происходит (рис. 1.).

Результаты количественного анализа измерения перемещений по вертикальной оси показывают, что мостовидный протез с опорой на зубы 2.3 и 2.7 изменяет величины перемещений в области опорных зубов (табл. 1, рис. 1). При этом степень смещения в пришеечной области сохраняется больше, чем в околоверхушечной. По сравнению с интактным зубным рядом она увеличилась на медиальной опоре на 2,2 мкм и на дистальной опоре на 5,6 мкм. При фиксации мостовидного протеза с опорными коронками на зубах 2.3 и 2.7 все

значения величин, как в пришеечной, так и в околоворхушечной области изменяются неравномерно. Этот же результат есть и при увеличении нагрузки: зубной ряд переносит нагрузку как единое целое, отсутствует постепенный переход нагрузки от медиальной опоры к дистальной. Также наблюдается, что разность величин между пришеечной и околоворхушечной областью составляет 2,0 мкм для зубов 2.3, 2.4, 2.5 и 0,2 мкм для зуба 2.7, что свидетельствует о перегрузке периодонта и отсутствии его влияния на дистальной опоре. Также максимальная концентрация напряжения наблюдается на дистальной опоре в пришеечной области, что является фактором риска для зуба 2.7.

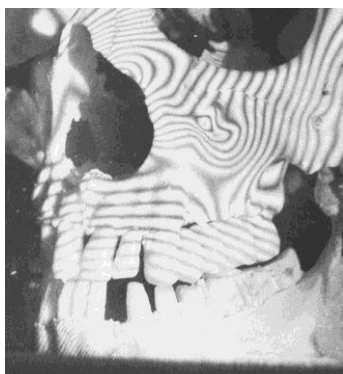


Рис. 1 - Интерферограмма мостовидного протеза 2.3xxx2.7 при жевательной нагрузке

Деформация верхней челюсти по оси X при протезировании мостовидным протезом 2.3 xxx 2.7

Таблица 1

Вид нагрузки	Область зуба	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
Нагрузка 8-10 кг	шейка	12,2	10,8	9,1	6,6	10,6
	верхушка	10,2	8,6	8,0	5,4	10,8

Заключение. Таким образом, данный вид протеза объединяет зубы в единый зубной ряд, но не оказывает разгружающего действия. Он даёт неравномерную нагрузку на опорные зубы и концентрирует напряжения в пришеечных областях. Соответственно не изменяются и центры поворотов в альвеолярной части верхней челюсти в области всех исследуемых зубов. Степень деформации меняется скачкообразно, что является фактором риска для челюстно-лицевой области. Характер деформирования челюстно-лицевой области по оси, расположенной вдоль зубного ряда, и оси, расположенной перпендикулярно к наружной поверхности челюсти, меняется в разных направлениях. Возникающие разные направления и изменения знака с минуса на плюс в околоворхушечных областях обусловлены поворотом при нагрузке зубов по осям Y и Z, что также является фактором риска.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

Круглик А.Ю., Круглик Ю.Н., Хомич А.Ф.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Для восстановления жевательной поверхности зубов, поврежденной кариесом или имеющей эндодонтический доступ, чаще всего применяется композит. Как правило, площадь таких полостей более 0,5 ИРОПЗ. Результаты такого подхода присутствуют в виде фрактур стенок зубов, уходящих ниже уровня десны. Аналогичная ситуация и с композитными пломбами обширных полостей, не приводящими к фрактурам зубов. В подобных ситуациях, как правило, окклюзионная поверхность выводится из контакта с антагонистами, при изготовлении пломбы или естественным износом композиционного материала, истирание которого приблизительно в 4 раза превышает истирание эмали зубов. Результат – зубоальвеолярное выдвигание антагонистов. Почему же происходит превышение показаний к пломбировке жевательных зубов? Из опыта общения с пациентами, важным фактором является страх обширного препарирования зубов. По данным специальной литературы, потеря твердых тканей коронковой части зубов при препарировании под коронки, достигает 63-72%. В данной статье авторы рассматривают альтернативные малоинвазивные ортопедические конструкции (микропротезы). Понятие о микропротезировании предусматривает использование вкладок, виниров и т.д.

В соответствии с использованным для изготовления материалом вкладки подразделяют следующим образом.

Металлические (как правило, из золотосодержащих сплавов).

Композиционные (которые за счёт перекрытия композиционным материалом бугров зуба, избавляют от последующих фрактур). Так же преимущества возникают вследствие отсутствия усадки в полости рта и непрямого метода изготовления, позволяющего точно воссоздать форму жевательной и проксимальных поверхностей. Композиционные вкладки представляют собой хороший компромиссный вариант при отказе пациента от препарирования под полную коронку и экономической недоступности керамических вкладок. По износостойкости такая конструкция значительно уступает керамике, срок её службы небольшой.

Керамические (наиболее популярны «Дуцера», «Церек», «Имакс»). Это группа, представленная различными керамиками. От полевошпатных, дающих непревзойдённую эстетику во фронтальной

группе зубов (наряду с невысокой прочностью) до множества упрочнённых керамик (дисиликатных, алюмооксидных, циркониумоксидных).

Комбинированные, представляющие собой теоретически возможный вариант литой или гальванопластической металлической вкладки с облицованной керамикой жевательной поверхностью.

По методу изготовления различают: обжиг на огнеупорной модели («Дуцерам»); литье металла или керамики «Имакс»; шликкерное формование («Инцерам»); компьютерное фрезерование («Церек»).

По топографии дефекта выделяют:

«Инлей», который не покрывает бугры зуба. Фактически, выполняется по тем же показаниям, что и более экономичная пломба. Не пригоден при ИРОПЗ более 0,5. Не пригоден для восстановления полостей, простирающихся более чем на половину ската бугра;

«Онлей», покрывающий один или несколько бугров зуба (но не все бугры). Покрытию подлежат истончённые бугры (полость, простирающихся более чем на половину ската бугра) витальных зубов. Для протезирования депульпированных жевательных зубов не показан, так как в данной ситуации требуется перекрытие всей жевательной поверхности;

«Оверлей», полностью перекрывающий всю жевательную поверхность зуба. Показан при патологической стираемости и для депульпированных зубов;

«Пинлей» - это вкладка, фиксируемая одним или несколькими парапульпарными штифтами. Как правило, такая дополнительная фиксация требуется для металлических оверлеев при патологической стираемости зубов. В обычных же ситуациях, при наличии в зубе кариозной полости, штифты не требуются а сама полость обеспечивает достаточную ретенцию. Изготовление конструкции «Пинлей» крайне сложно и требует внутриротового параллелометра, специальных свёрл, штифтовых заготовок. В настоящее время конструкция «Пинлей» вытеснена более совершенными адгезивно фиксируемыми керамическими вкладками.

Заключение. Таким образом, наиболее актуальной малоинвазивной конструкцией являются именно накладки («Онлей» и «Оверлей»). Они имеют значительные преимущества перед коронками при ИРОПЗ 0,6-0,8; полостях, поражающих более половины длины ската бугров; патологической стираемости зубов. В то же время вкладки относительно противопоказаны пациентам с неудовлетворительной гигиеной полости рта, высокой интенсивностью кариеса зубов. Так как значительная часть поверхности коронки зуба не покрывается вкладкой,

у недостаточно мотивированных пациентов будет интенсивно продолжаться кариозный процесс. В таких ситуациях наиболее оправданна коронка. Отдельные особенности клинического использования присущи металлическим и керамическим вкладкам. Металлические вкладки достаточно просты в изготовлении, могут применяться при поддесневых дефектах зубов. В то же время они малоэстетичны и при изготовлении плоских конструкций «Оверлей», обладают слабой ретенцией. Металлические вкладки демонстрируют высокую надежность, если кроме наклейки восстанавливают полость глубиной не менее 1,8 мм. Керамические вкладки, используемые в области жевательных зубов, следует изготавливать из упрочнённой керамики. Керамические вкладки высоко эстетичны, их надежность обеспечивается за счёт прочного соединения с подлежащими тканями зубов, путём адгезивной подготовки поверхности зуба и самой вкладки и использования композитного цемента. Керамические вкладки изготавливаются только при наддесневых полостях (возможность изоляции от десневой жидкости), все края керамических вкладок должны располагаться в пределах эмали, (обеспечивает более сильную и надежную адгезию). Бруксизм является относительным противопоказанием к керамическим вкладкам, в тех ситуациях, когда не используются ночные каппы. К основным недостаткам керамических вкладок следует отнести то, что технология их изготовления сложная и экономически затратная, требует использования коффердама и чёткого соблюдения адгезивного протокола.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦВЕТА ЗУБОВ

Крушина Т.В., Полоник И.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

С каждым годом пациенты врачей-стоматологов предъявляют все более высокие эстетические требования. Особое внимание уделяется косметическим свойствам терапевтических и ортопедических реставраций, обеспечить которые возможно грамотным определением цвета зубов.

Для создания высокоэстетичной реставрации необходимо учитывать, что зуб имеет различные оттенки и степень прозрачности от шейки зуба до режущего края, поэтому требуется точно определить оттенки различных зон зубов отдельно:

- пришеечная зона характеризуется наименьшей прозрачностью и большей желтизной, так как в естественном состоянии здесь наиболее близко расположен дентин, который обладает указанными цветовыми свойствами;

- тело зуба характеризуется более толстым слоем эмали, за счёт чего зуб приобретает большую прозрачность и меньшую желтизну. В данной зоне на оттенок зуба больше влияет оттенок эмали, так как дентин находится в глубине;
- режущий край является наиболее прозрачной частью зуба, что связано с тем, что в толще режущего края отсутствует или находится в небольшом количестве дентин. Вследствие этого режущий край приобретает сероватый оттенок, так как через него просвечивает темная полость рта;
- боковые поверхности занимают зону около одного миллиметра от правого и левого краёв зуба и имеют большую прозрачность, чем тело зуба в связи с истончением дентина к краям. Но из-за присутствия дентина прозрачность указанной зоны ниже, чем режущего края.

В конечном итоге оттенок всего зуба зависит не только от подобранных оттенков, но и от их соотношения в толще зуба.

Следует отметить, что при определении цвета зуба необходимо соблюдать несколько важных правил:

- стены кабинета должны быть окрашены в серый или светло-зеленый цвета, которые не искажают цветовосприятие;
- в кабинете должен быть естественный источник света, а окна должны выходить на северную сторону, что важно для предотвращения попадания прямых солнечных лучей;
- идеальное время суток – полдень;
- возраст определяющего цвет желательно должен быть до 30 лет, так как с возрастом ухудшается цветовосприятие и цветоразличение;
- пол определяющего цвет должен быть женским, так как женщины обладают лучшим цветовосприятием и цветоразличением;
- цвет выбирается перед препарированием, так как после препарирования зуб имеет слишком белый цвет из-за дегидрирования;
- при выборе цвета цветовую шкалу нужно держать у рта пациента на расстоянии вытянутой руки;
- быстрое определение цвета, лучше в течение 5-7 секунд, что позволяет уловить первое цветоощущение, которое зачастую оказывается самым правильным;
- можно использовать групповой метод (с привлечением зубного техника и пациента), что добавляет объективности оценке;
- отвлечение на контрастный зубу цвет для восстановления цветоощущения, например, светло-зеленый, светло-синий или серый;
- цветовую шкалу следует располагать параллельно длинной оси зуба, что позволяет более точно определить оттенки по зонам;
- шкалу необходимо увлажнить также как и зуб, что имитирует ситуацию в полости рта;
- предпочтительно использование шкалы со специальными розовыми оттенками для определения цвета десневого края;
- при необходимости возможно использование бинокулярных очков.

В своей клинической практике используем цветовую шкалу VITA SYSTEM 3D-MASTER, которая позволяет точнее определить цвет зубов, чем ранее предложенная и всё еще широко используемая врачами шкала VITA CLASSIK. Хотя восприятие цветов всегда субъективно, цвета, тем не менее, с физической точки зрения распределяются по спектру в трёхмерной сферической модели, основанной на трёх основных характеристиках цвета, каковыми являются: яркость (светлота) цвета, интенсивность и собственно тон. Логичное и последовательное

построение цветовой системы VITA SYSTEM 3D-MASTER, основанное на этих физических величинах, даёт возможность быстро и точно сделать выбор цвета зуба, что, является необходимой предпосылкой для его воспроизведения в реставрации. Такая определенность - несомненное преимущество для врача и пациента.

Заключение. Таким образом, учитывая возрастающую потребность населения в высокоэстетичном стоматологическом лечении, повышение косметических свойств терапевтических и ортопедических реставраций приобретает всё большую актуальность. В связи с этим врачи-стоматологи должны постоянно совершенствовать свои навыки, а руководители клиник - создавать оптимальные условия для работы врачей.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ АДГЕЗИВНЫХ ВОЛОКОННЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Луцкая И.К., Кавецкий В.П.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Замещение малых включенных дефектов зубного ряда является одной из актуальных задач современной стоматологии [3]. Современные адгезивные волоконные конструкции (АВК) приобрели большую популярность, благодаря органосохраняющему принципу изготовления [1]. Основная и практически единственная проблема АВК – это разрушение адгезионного соединения промежуточной части протезов с опорными зубами [4]. Поэтому остаются весьма актуальными вопросы усиления АВК при сохранении их минимальной инвазивности. По данным источников специальной литературы большинством авторов рассматриваются вопросы, связанные с дизайном, площадью и глубиной препарирования опорных зубов при изготовлении АВК [2, 4]. Функциональность и эстетичность изготовленных адгезивных волоконных конструкций (АВК), их долговечность, состояние опорных зубов в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения во многом зависят от качественной подготовки опорных зубов.

Цель работы - обобщение и структуризация критериев оценки качества подготовки зубов к изготовлению адгезивных волоконных конструкций.

Объекты и методы. Рассмотрим изготовление АВК в переднем участке зубного ряда. По окончании препарирования - визуально невооруженным глазом, с помощью зубоврачебного зонда и оптических

систем оценивается качество проведенного этапа подготовки опорных зубов и выставляется оценка по следующей градации: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно».

Оценка «отлично» выставляется, когда размеры отпрепарированных площадок для расположения адгезивных накладок составляют: длина – не менее $\frac{1}{2}$ мезио-дистального размера опорного зуба, ширина – соответствует ширине выбранной для изготовления каркаса ленты. Граница отпрепарированной площадки располагается на 1 мм выше уровня десневого края и 2 мм не доходит до режущего края. Оклюзионный контакт не попадает на границу «пломба-зуб». Глубина площадок на оральных поверхностях составляет 1,5-2,0 мм. При зондировании определяются закругленные внутренние углы, сглаженные наружные кромки площадок; отсутствие выступов, сколов, мелких раковин, трещин и шероховатостей. Рельеф дна площадки соответствует рельефу пульпарной полости.

Оценка «хорошо» выставляется, когда размеры отпрепарированных площадок для расположения адгезивных накладок составляют: длина – не менее $\frac{1}{2}$ мезио-дистального размера опорного зуба, ширина – на 1,0-1,5 мм больше ширины выбранной для изготовления каркаса ленты. Граница отпрепарированной площадки располагается на 1 мм выше уровня десневого края и 1 мм не доходит до режущего края. Оклюзионный контакт не попадает на границу «пломба-зуб». Глубина площадок на оральных поверхностях составляет 1,5-2,0 мм. При зондировании определяются закругленные внутренние углы, сглаженные наружные кромки площадок; отсутствие выступов, сколов, трещин, имеются единичные шероховатости и незначительное число (5-10) мелких раковин. Рельеф дна площадки соответствует рельефу пульпарной полости.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, когда размеры отпрепарированных площадок для расположения адгезивных накладок составляют: длина – менее $\frac{1}{2}$ мезио-дистального размера опорного зуба, ширина – меньше ширины выбранной для изготовления каркаса ленты. Граница отпрепарированной площадки располагается на 2,0-2,5 мм выше уровня десневого края. Оклюзионный контакт попадает на границу «пломба-зуб». Глубина площадок на оральных поверхностях составляет 0,5 мм. При зондировании определяются закругленные внутренние углы, наружные кромки площадок сглажены; имеются отдельные выступы, шероховатости и значительное число мелких раковин. Рельеф дна площадки не соответствует рельефу пульпарной полости.

При определении качества подготовки опорных зубов с оценкой «отлично», врач имеет возможность перейти к последующим этапам изготовления волоконного адгезивного мостовидного протеза (АМП) без дополнительных манипуляций. Если уровень качества подготовки зубов оценивается как «хорошо» - врач обязан проанализировать выявленные недостатки препарирования и провести их коррекцию. При оценке «удовлетворительно» качества проведенных работ – врач должен повторно провести весь этап препарирования с учётом выявленных недостатков. Затем повторно оценить качество работ по всем признакам и при получении результата «отлично» - приступить к выполнению последующих этапов изготовления АМП.

Заключение. Внедрение в практику разработанных критериев оценки качества подготовки опорных зубов позволит повысить уровень оказания стоматологической помощи пациентам с малыми включенными дефектами зубных рядов и заболеваниями периодонта, а также увеличит сроки функционирования конструкций, снизить число ошибок и осложнений при применении данного вида заместительной терапии.

Литература.

1. Луцкая И.К. Основы эстетической стоматологии / И.К. Луцкая - Минск: «Современная школа», 2005. – 333 с.
2. Мышковец, Н.А. Особенности препарирования опорных зубов при изготовлении адгезивных мостовидных протезов / Н.А. Мышковец // Организация, профилактика, новые технологии и реабилитация в стоматологии: Материалы IV съезда стоматологов Беларуси. - Витебск, 2000. - С. 247-249.
3. Наумович, С.А. Ортопедическое лечение включенных дефектов зубного ряда адгезивными мостовидными протезами / С.А. Наумович, А.С. Борунов, И.В. Кайдов // Современная стоматология. - 2006. - № 2. - С. 34-38.
4. Соколова, И.В. Влияние типа полостей под опорные вкладки на прочность фиксации волоконно - армированных АМП / И.В. Соколова, О.А. Петрикас, И.В. Петрикас // Клиническая стоматология. - 2008.- № 3 . – С. 64-66.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТЕЗАМИ И С УЧЁТОМ МАТЕРИАЛОВ, ИЗ КОТОРЫХ ОНИ ИЗГОТОВЛЕННЫ

Мойсейчик П.Н., Титов П.Л., Богдан Г.П.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Развитие аллергических реакций является одной из важнейших причин возникновения непереносимости протезных материалов. В последние годы их значимость для стоматологии растёт, так как число установленных фактов аллергологической

непереносимости стоматологических материалов увеличивается параллельно с ростом числа других аллергических заболеваний во всём мире. Надо чётко представлять, что зубопротезные конструкции постоянно присутствуют в полости рта, и из входящих в их состав материалов постоянно высвобождаются молекулы, которые являются гаптенами, способными после соединения с белком дать полноценный антиген и вызвать иммунную реакцию. В норме к подобным веществам в нашем организме образуется местная (оральная) толерантность. Поэтому у подавляющего большинства людей на постоянно присутствующие протезные материалы никакой иммунной реакции не возникает. Лишь в результате нарушения оральной толерантности (ареактивности) развиваются патологические симптомы аллергологической непереносимости.

Цель работы - определить насколько возникновение аллергической реакции к компонентам зубопротезных материалов в полости рта взаимосвязано у предрасположенных лиц с конструкцией протеза, материалами из которых они состоят и сроков пользования данными протезами.

Объекты и методы. Было проведено обследование 300 пациентов с подозрением и предрасположенностью к аллергическим реакциям по схеме: 1) аллергологический анамнез; 2) клинические проявления заболевания; 3) аллергологическое тестирование.

Таблица 1

Появление аллергических заболеваний у пациентов в зависимости от материала, из которого изготовлены зубные протезы, и сроков их использования

Сроки пользования зубными протезами, мес.	Сталь	Сталь с TiN покрытием	Золото	Золото с СПС	СПС
1-12 В	-	18	-	-	-
П	-	25	-	-	-
13-24 В	3	9	-	-	-
П	9	20	-	-	-
25-48 В	1	8	-	-	-
П	7	22	-	-	1
49-72 В	1	11	-	3	1
П	2	7	-	2	-
73-96 В	5	2	3	1	-
П	6	10	1	4	-
97-120 В	52	-	2	2	-
П	14	-	1	2	-
121-144 В	1	-	-	-	-
П	18	-	-	-	-
145-168 В	-	-	-	-	-
П	5	-	-	-	-

Примечание: В - впервые изготовлены зубные протезы;
П - повторно изготовлены зубные протезы.

Результаты. Изучив данный вопрос, появилась возможность предоставить обобщенные данные в виде таблиц 1, 2. Из 300 обследованных у 256 человек была выявлена положительная реакция на стальные зубные протезы. Из них у 132 пациентов положительная реакция на зубные протезы с TiN покрытием. Из таблицы 1 видно, что повторное протезирование явно ведёт к увеличению риска аллергической реакции к сплавам, в составе стали и особенно стали с TiN покрытием. Риск возникновения аллергической реакции зависит и от времени пребывания протеза в полости рта. Даже впервые проведенное протезирование существенно повышает риск возникновения аллергической реакции через 97-120 месяцев (табл. 1).

Таблица 2

Конструкция и материалы, из которых изготовлены зубные протезы и выявлена аллергия

Конструкции и материалы, из которых изготовлены протезы	Всего		Женщины		Мужчины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Имеют металлические протезы	300		267		33	
Сталь						
Всего с положительной реакцией	256	85,3	234	78	22	7,3
Одиночные коронки из хромо- никелевой стали без покрытия	4	1,3	4	1,3	-	-
Мостовидные протезы из хромо- никелевой стали без покрытия TiN и без пластмассовых фасеток	16	5,3	13	4,3	3	1
Мостовидные протезы из хромоникеле- вой стали без покрытия TiN и с пластмассовыми фасетками	104	34,7	98	32,7	6	2
Мостовидные протезы из хромони- келевой стали с покрытием TiN без фасеток	15	5	9	3	6	2
Мостовидные протезы из хромоникеле- вой стали с покрытием TiN и с пластмассовыми фасетками	117	39	110	36,7	7	2,3
Золото и СПС						
Всего с положительной реакцией	23	7,7	17	5,7	6	2
Мостовидные протезы из золота и с пластмассовыми фасетками	7	2,3	5	1,7	2	0,7
Мостовидные протезы из золота и СПС без пластмассовых фасеток	3	1	3	1	-	-
Мостовидные протезы из золота и СПС с пластмассовыми фасетками	11	3,7	9	3	2	0,7
Мостовидные протезы из СПС	2	0,7	-	-	2	0,7

Это вероятно тот срок, в пределах которого необходимо динамическое наблюдение – повторный контроль за состоянием полости рта. Не выявлена столь яркая закономерность в развитии аллергических реакций в зависимости от повторного протезирования

и продолжительности пользования протезами, изготовленными из благородных сплавов (золото, серебряно-палладиевый сплав). Частота аллергических реакций достоверно возрастает от числа зубопротезных единиц и, особенно, в сочетании с пластмассовыми облицовками (табл. 2).

Заключение. Исходя из полученных данных, можно утверждать, что аллергические реакции у пациентов с предрасположенностью к ним чаще наблюдаются не только при повторном протезировании, но и с увеличением числа зубопротезных единиц. Риск возникновения аллергических реакций существенно возрастает при наличии комбинированных протезов, изготовленных из зубопротезных сплавов стали и пластмассы. Заслуживают изучения и уточнения протезы с TiN покрытием (табл.1 и 2).

ВИНИРЫ (ЛАМИНАТЫ), ПРЕДСТАВИТЕЛИ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Наумович С.А., Пархамович С.Н., Полховский Д.М.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Препарирование зуба под винир является минимально инвазивным, поэтому такой вид ортопедического лечения пациентов с врожденной или приобретенной патологией твёрдых тканей зубов следует признать более предпочтительным в сравнении с коронками [1, 2, 3].

Veneer (Laminate) – это фарфоровая (керамическая) или композитная пластинка, замещающая вестибулярную поверхность зуба. Полное название метода – veneer porcelain, (фарфоровая облицовка).

Изготовлением виниров частично корректируют, полностью исправляют нарушенные форму или цвет зубов. Винирами обычно покрывается передняя группа зубов (резцы и клыки), редко премоляры. Изготавливаются виниры в соответствии с представлениями об эстетике улыбки (с учётом анатомической формы реставрируемого зуба и его положения в дуге зубного ряда, цвета соседних зубов и зубов антагонистов) пациента. Винирами можно придать зубу идеальную форму и точно воспроизвести необходимый цвет. В клинической практике различаем прямые и непрямые виниры.

Прямые виниры – изготавливаются прямо на зубах в полости рта пациента. Материалом для изготовления прямых виниров является композит. Чаще всего применяется светоотверждаемый композитный материал. Непрямые виниры – изготавливаются непрямым методом,

в зуботехнической лаборатории. Чаще всего не прямые виниры это керамические (фарфоровые) реставрационные облицовки (пластинки).

Показания для изготовления виниров: измененный цвета зубов неподдающийся коррекции методами отбеливания (пигментные пятна эмали, возрастные изменения цвета, пигментированные трещины эмали, флюороз, тетрациклиновые зубы и т. д.); измененная форма зубов (травмы, клиновидные дефекты, стираемость, зубы с нарушением развития эмали (несовершенный амелогенез, гипоплазия эмали), зубы с нарушением развития формы (шиповидные зубы) и т. д.); повороты зубов вокруг своей оси и их наклоны (не выраженные); десневая улыбка (выравнивание, увеличение высоты клинической коронки зуба); наличие трем и диастем; необходимость коррекции эстетики фронтального участка зубного ряда изменением анатомической формы коронок отдельных зубов (при адентии или наличии ретенированного зуба) наличие множественных, небольших по размеру, пломб измененных в цвете.

Противопоказания для изготовления виниров (или ситуации когда изготовление виниров нежелательно). Изготовление виниров противопоказано или нежелательно при функциональной недостаточности зубочелюстной системы пациента. Четких противопоказаний к прямым композитным винирам нет. Прямые виниры можно изготовить практически на любой зуб, даже, если он на 1/2 состоит из реставрационного пломбирочного материала.

Не прямые, керамические, виниры нельзя применять при: прогрессирующей кариозной болезни зубов и прогрессирующих заболеваниях периодонта; при значительных дефектах эмали или значительных её истираниях, сошлифовываниях; при значительных дефектах коронки зуба (разрушение более 1/2 её размера); парафункции жевательной мускулатуры (бруксизм); при аллергии на материалы и компоненты, используемые для прямой реставрации зуба.

Прямые виниры. Техника изготовления прямых композитных виниров предусматривает сошлифовывание, около 0,3–0,5 мм, вестибулярной поверхности коронки зуба и последующее восстановление его эстетики путём послойного нанесения композитного материала в необходимом объёме. Для качественного изготовления прямых композитных виниров этап сошлифовывания реставрируемого зуба необходим. Без сошлифовывания реставрированный зуб будет выглядеть выпуклым, а цвет его коронки матовым и ненатуральным. Границы сошлифовывания предпочтительно выдерживать в пределах эмали зуба. Правила изготовления прямых виниров схожи с правилами выполнения прямой реставрации и предусматривают, в том числе,

применение и коффердама. Для изготовления прямых виниров используются такие же пломбирочные материалы, как для выполнения пломб при лечении кариеса зубов.

Преимущества композитных виниров: скорость достижения конечного результата лечения (в одно посещение); цена (композитные виниры дешевле керамических). Недостатки композитных виниров: хрупкость; повышенная стираемость; набухание композита во влажной среде; необходимость в периодической полировке из-за потери блеска.

Срок службы композитных виниров составляет в среднем 3–8 лет и зависит от: уровня гигиены полости рта пациента; функциональной нагрузки на реставрированный виниром зуб.

Виниры могут быть изготовлены на неотпрепарированные зубы, при этом коронковая эмаль должна быть хотя бы поверхностно зашлифована, но конечный результат реставрации будет с увеличенными контурами. Такая тактика оправдана при необходимости увеличения размеров коронок зубов.

Непрямые виниры. Непрямые (керамические) виниры по сравнению с композитными обладают рядом преимуществ: великолепная эстетика (стабильность цвета, постоянный блеск); стабильность формы (низкая стираемость); биоинертность; сравнительно легкий гигиенический уход благодаря идеально гладкой поверхности; устойчивость к пищевым красителям; длительный срок службы.

Из недостатков керамических виниров можно отметить: стоимость; низкий эффект починки при сколе (обломе) части винира; длительное время изготовления (по сравнению с композитными).

Изготовление непрямого винира в лаборатории требует несколько визитов пациента и может занять около одной недели. До момента окончательного изготовления и установки постоянных виниров препарированные зубы могут быть покрыты временными винирами.

В одно посещение не прямой керамический винир может быть изготовлен методом компьютерного моделирования и фрезерования (CEREC). При наличии CAD/CAM оборудования винир выпиливается из керамического блока.

Керамические виниры изготавливают: методом наложения; методом прессования заготовки с последующим раскрашиванием; методом фрезерования заготовки с последующим раскрашиванием.

Литература.

1. Гюрель, Г. Керамические виниры / Г. Гюрель. - М.: «Азбука стоматолога», 2007. – 519 с.
2. Куропатова, Л.А. Ортопедическое лечение винирами с применением новых технологий обезболивания: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Л.А. Куропатова; МГМСУ. – М., 2004. – 187 с.

3. Zoellner, A. Биологические аспекты препарирования опорных зубов / A. Zoellner, W. Kaman // Квинтэссенция. - 1999. – № 5. – С. 3–13.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩИХ ДЕНТАЛЬНЫХ ШТИФТОВ ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ РАЗРУШЕНИЯХ КРОНОК ЗУБОВ

Пархамович С.Н., Коцюра Ю.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Реставрация разрушенной анатомической формы зуба является профилактикой патологических состояний зубочелюстной системы. Характер распределения напряжений в реставрированном зубе, при пережевывании пищи, оказывает влияние на долговечность функционирования зубного протеза. Сохраненные наддесневые ткани зуба принимают активное участие в восприятии и передаче жевательных нагрузок, переводя их в корневую часть. С уменьшением количества наддесневого дентина, воздействие нормальных жевательных нагрузок воспринимается как повышенное не только для оставшихся стенок зуба, но и для штифта, применяемого для восстановления дефекта. На создаваемую штифтовую конструкцию функциональная нагрузка оказывает негативное деформирующее влияние, особенно её горизонтальные компоненты [1, 2, 3].

Цель работы - оптимизировать практическое применение дентальных штифтов и штифтовых конструкций при значительных разрушениях коронок зубов.

При значительно разрушенной коронке способность восстановленного зуба противостоять деформирующей нагрузке зависит от прочности соединения материалов штифтовой конструкции между собой и с его твёрдыми тканями. Особая роль при этом отводится штифту, применяемому в качестве лечебного каркаса, его способности обеспечивать наибольшую площадь плотного прилегания к стенкам зуба и сохранять её при любых вариантах жевательной нагрузки, а также надёжно удерживать фиксирующий и реставрационный материал на своей поверхности.

Исходя из анатомических особенностей зуба и условий выполнения эндодонтического лечения, оптимальными для использования при протезировании, признаны штифты с цилиндрической и цилиндрикоконической формой корневой части. Диаметр пульповой камеры, у сформированного зуба, больше диаметра канала корня. После эндодонтического лечения диаметр препарированной полости коронки, как правило, больше диаметра корневой пломбы в области устья

корневого канала. Чтобы обеспечить наибольшую площадь плотного прилегания дентального штифта к стенкам зуба его коронковая часть (головка) должна быть в диаметре больше корневой (хвостовика). Актуальность применения штифта с увеличенной головкой возрастает с величиной дефекта коронки зуба. Большой размер головки обеспечивает увеличение площади ретенционной поверхности для реставрационного материала и эффективность восполнения утраченного объёма зуба. При этом важно создать плотную опору коронковой части штифта на корневой дентин, для чего специально подготавливают опорную разгружающую площадку. Создание опорной площадки снижает расклинивающее воздействие штифта на стенки корня при повышенных нагрузках.

Плотное прилегание поверхностей штифта к дентину необходимо для эффективной, равномерной передачи жевательной нагрузки в системе «зуб - штифтовая конструкция» и является профилактикой деформационного разрушения восстановленного зуба.

В клинических ситуациях, когда коронка зуба значительно разрушена, применяют штифтовые конструкции на основе штифтов с наличием опорного плеча в области перехода их корневой части в коронковую (рис. 1).

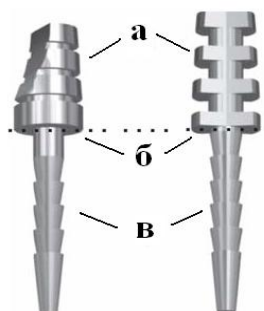


Рис. 1 Опорно-удерживающие штифты: а – головка (коронковая часть); б – плечо (опорный элемент); в – хвостовик (внутрикорневая часть).

Ширину коронковой части штифта (выраженность опорного плеча) соразмеряют с величиной дефекта коронки зуба и опорной площадкой основания корня. Форма корневой части штифта должна быть цилиндрической с минимальной конусностью, а её протяжённость достигать, по возможности, границ корневой пломбы, прилежащей к апексу.

Дентальные штифты, конструкционные особенности которых позволяют обеспечить перечисленные выше результаты их клинического применения, являются опорно-удерживающими.

Особое значение имеет соблюдение требований к штифтам, применяемым для укрепления наддесневой части опорных зубов, при

протезировании мостовидными протезами. При невыполнении условий обеспечивающих максимально плотное взаимодействие поверхностей опорно-удерживающего штифта с твёрдыми тканями зуба эффективность его клинического применения снижается.

Заключение. Опорно-удерживающие дентальные штифты применяют для эффективного восполнения дефекта зуба объёмными искусственными стоматологическими конструкциями. Именно опорно-удерживающие дентальные штифты следует выделить как наиболее востребованные в клинике ортопедической стоматологии.

Литература.

1. Кассаро, А. Теоретическое и экспериментальное исследование по поводу перелома в системе литая штифтовая вкладка / А. Кассаро, Д. Джерачи, А. Питини // *Клин. стоматология.* – 2000.– № 2.– С. 26–30.
2. Сорокин, С.Н. Клинико-лабораторное обоснование применения штифтовой конструкции зуба при отсутствии коронковой части: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.21 / С.Н. Сорокин; ММСИ. – М., 1989. – 20 с.
3. Akkayan, B. Resistance to fracture of endodontically treated teeth restored with different post systems / B. Akkayan, T. Gulmez // *J. Prosthet. Dent.* – 2002. – № 87. – P. 431–437.

«ДЕНТОСИНТЕЗ» – ВАРИАНТ ВЫБОРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ФРАКТУРАХ КОРНЯ ЗУБА

Пархамович С.Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. При лечении пациента с переломом (фрактурой) корня зуба врачебная тактика зависит от возраста пациента, вида прикуса, топографии линии перелома, состояния периодонта зуба, состояния пульпы зуба и степени смещения отломков [1, 2, 3].

При переломе корня со смещением пригодных к использованию отломков оправдывает себя тактика их сопоставления с прижатием друг к другу (репозиция). Такой тактики придерживаются, если имеется поперечный перелом в пределах от 1/4 коронковой до 1/3 верхушечной границ корня. Наиболее пригодны в использовании, для сближения фрагментов сломанного корня, активные штифты с выраженным опорным плечом в коронковой части.

Цель работы - совершенствовать ортопедическое лечение при фрактурах зуба.

Объекты и методы. Для достижения цели проведена научно-исследовательская работа, включившая подготовку и ортопедическое лечение пациентов, из числа обратившихся

за стоматологической помощью на кафедре ортопедической стоматологии УО БГМУ по поводу травмы зубов. Под наблюдением находилось 5 фронтальных зубов с переломом корня в пределах от 1/4 коронковой до 1/3 верхушечной границ у трёх пациентов. Для решения задач проведена работа, включившая клинические и лабораторные этапы, а также рентгенологическое обследование челюстно-лицевой области стоматологических пациентов.

Клинические и лабораторные этапы выполняемой репозиции пригодных к использованию частей сломанного зуба заключались в следующем: 1) сбор анамнеза и обследование пациента; 2) рентгенологическое обследование; 3) временное шинирование травмированного зуба с рядом стоящими зубами; 4) при необходимости дезокклюзия зубных рядов с помощью капп; 5) экстирпация пульпы травмированного зуба; 6) пломбировка канала корня; 7) рентгенологическое обследование; 8) подбор и подготовка штифта; 9) подготовка коронковой части сломанного корня для пассивного взаимодействия с поверхностью подобранного штифта; 10) специальная подготовка верхушечной части сломанного корня для активного взаимодействия с поверхностью штифта; 11) ввинчивание приспособленного активного штифта, сближение смещенных коронковой и верхушечной частей сломанного корня с применением герметика (стоматологического материала).

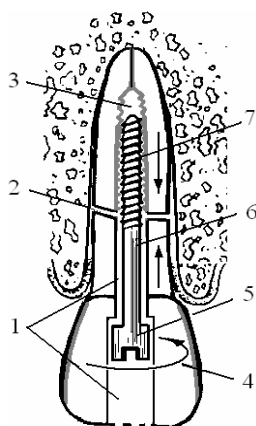


Рис. 1 Схема установки штифта для сближения и фиксации («дентосинтеза») частей сломанного зуба: 1 – рабочий канал коронковой части сломанного зуба; 2 – линия перелома; 3 – рабочий канал верхушечной части сломанного зуба; 4 – направление сближающего и фиксирующего момента силы при установке штифта; 5 – коронковая часть штифта с опорным плечом; 6 – основание хвостовика; 7 – верхушечная часть хвостовика с резьбой.

Результаты. Клинические исследования заключались в выполнении репозиции, оценке качества выполненных манипуляций и изучении ближайших и отдаленных результатов проведенного ортопедического

лечения. Контроль и оценку результатов лечения осуществляли проведением клинического инструментального и рентгенологического обследования. Динамическое наблюдение пациентов проводили сразу после выполненного лечения и через 1, 3, 6, 12 месяцев. По результатам динамических наблюдений негативных проявлений со стороны маргинального периодонта, периодонтальных связок и альвеолярных структур протезированных зубов нет. Пациенты отмечают комфортное и безболезненное функционирование восстановленных зубов во время откусывания и пережевывания пищи.

Заключение. Внутрикорневые штифты, соединяющие части сломанного зуба, обеспечивают восстановление его функциональной активности. Термин репозиция (сопоставление) не в полной мере отражает результат проведенной лечебной манипуляции, который заключается не только в нормализации местоположения травмированного зуба в зубном ряду, но и в восстановлении функции сломанного зуба путём соединения и закрепления его частей с помощью внутрикорневого штифта. «Дентосинтез» – оперативное соединение частей сломанного зуба при помощи фиксирующих конструкций, обеспечивающих длительную функциональную стабильность зубочелюстного сегмента. Удачно выполненная операция «дентосинтеза» не восстанавливает трофику девитального зуба, но полностью восстанавливает его функцию. Штифты для «дентосинтеза», применяемые при фактуре корня зуба, имеют опорное плечо коронковой части, гладкое цилиндрической формы основание хвостовика и резьбу в его верхушечной части. Основание хвостовика не имеет резьбовой нарезки для лучшего поступательного скольжения поверхности штифта относительно стенок канала коронковой части сломанного корня зуба (рис. 1).

Литература.

1. Ландинова, В.Д. Новые технологии в лечении травмы зубов у детей / В.Д. Ландинова [и др.]. // Институт стоматологии. – 1999. - № 2. - С. 31.
2. Cohen, S. Vertical root fractures – clinical and radiographic diagnosis / S. Cohen, L. Blanco, L. Berman // J. Am. Dent. Assoc. – 2003. – Vol. 134. – P. 434–441.
3. Weiger, R. Вывихнутый зуб // R. Weiger, M. Kalwitzki, C. Lost // Квинтэссенция. - 2000 - № 3. - С. 39-51.

ТЕЛЕСКОПИЧЕСКИЕ КОРОНКИ – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ **Пашук Ан.П.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. История применения телескопических коронок насчитывает около ста лет, в 1929 году Хэйпл и Райборн-Кьеннеруд

продемонстрировали способ зубопротезирования с помощью вставленных друг в друга коронок с параллельными стенками, который ещё раньше был описан Reeso и Goslee. Эта система крепления рекламировалась под названием «телескопического держателя». Название было заимствовано из технической терминологии, где под телескопом понимали оптический прибор в виде подзорной трубы, отдельные цилиндрические составные части которого для точной установки фокусного расстояния между линзами могли перемещаться друг в друге. Таким образом, телескопические коронки представляют собой систему из двух коронок, одна из которых (внутренняя - первичная, или матрица) зацементирована на отпрепарированном опорном зубе, другая (внешняя - вторичная, или матрица) находится в каркасе съёмной части протеза. Внутренняя стенка внешней коронки в недеформированном состоянии точно совпадает с первичной коронкой.

Цель работы - изучить историю развития телескопической системы фиксации.

Объекты и методы. На всём протяжении истории телескопических коронок происходило варьирование их конусности, что было связано с поиском оптимального уровня фиксации съёмной части протеза. Съёмный протез на телескопических коронках должен легко надеваться и также легко сниматься, но при этом надёжно удерживаться в полости рта. Первые телескопические фиксаторы имели цилиндрические стенки, литую окклюзионную поверхность и изготавливались методом штамповки или пайки. Материалом протезирования служило исключительно золото. При всех положительных моментах, касающихся, прежде всего более высокой эстетичности по сравнению с кламмерной фиксацией, такие протезы периодически доставляли немало проблем и врачам-ортопедам, и своим хозяевам. Золото, как материал ковкий и пластичный, в большей мере, чем другие стоматологические сплавы, обладает способностью, при очень плотном соединении двух поверхностей, образовывать межмолекулярные связи по типу сил Вандер-Ваальса с последующим эффектом диффузии твердых тел. Сплавы из стали имели недостаток - при цилиндрической форме коронок контактирующие поверхности телескопов подвержены сильному трению и быстро изнашиваются, поэтому даже изначально хорошо фиксирующиеся протезы со временем могут полностью утрачивать силу сцепления. Обобщая изложенное, можно сделать вывод, что на первом этапе появления телескопических коронок уровень технического развития - не позволял достичь оптимальной фиксации съёмной части протеза.

Следующим этапом в развитии телескопической фиксации стали коронки конусной формы. Такие коронки впервые были описаны А. Kantorovicz в 1935 году и представляли собой двойные телескопические коронки из сплавов благородных металлов, вставленные одна в другую и имеющие стенки с конусностью в 6° относительно своей оси, которые и определяют уровень фиксации телескопической системы. В начале XXI века технический уровень не позволял точно определить угол наклона стенок телескопической коронки, поэтому при, слишком большой конусности телескопическая система обладала слабым сцеплением между матрицей и патрицей и легко разъединялась липкой пищей или движением языка. Второй раз такая система была внедрена в ортопедическое лечение Карлхайнцем Кёрбером (Karlheinz Koerber) в начале 70-х годов и с тех пор зарекомендовала себя как надежный вид протезирования. Для надёжной фиксации протеза и его бестравматичного снятия была определена область значений угла при вершине конуса, который составляет от 4° до 6° . Первые телескопические коронки были далеки от совершенства из-за отсутствия эстетики, так как внешняя коронка оставалась необлицованной. В настоящее время для облицовки зубного протеза с телескопической системой фиксации применяются почти исключительно композиты, памятуя о том общепринятом правиле, что несъёмный зубной протез может облицовываться керамикой, но съёмный протез должен быть облицован пластмассой. В качестве сплавов для телескопических протезов на сегодняшний день применяются сплавы золота, палладия и кобальтохромовые сплавы, которые позволяют изготавливать как коронки, так и каркасы из одного и того же сплава. Современная телескопическая система позволяет неподвижно и надежно фиксировать съёмный или мостовидный зубной протез на опорных зубах, и при необходимости пациент или врач могут легко снять эти протезы. К силовым элементам крепления наряду с конусными и цилиндрическими телескопическими коронками относят накладки с канавками и уступами, вставляемые на стержнях, «ласточкиных хвостах», Т-образные или с другой геометрией сечения. По характеристикам сцепления конусное телескопическое соединение менее чувствительно к неточностям изготовления и износу. К типичным представителям геометрических элементов крепления относят все ригели, замки для крепления зубных протезов с шаровыми или штыревыми пружинными элементами, действующие по принципу галантерейной кнопки. Для ситуаций с подвижными зубами доказано преимущество телескопической системы перед остальными видами крепления как резко снижающей подвижность опор и базиса съёмного

протеза. Среди множества способов изготовления конусных телескопических коронок в настоящее время наибольшее распространение получили три варианта: двойные коронки с углом схождения конуса 0-4° без применения фрезерования; двойные коронки в технике литья «металл на металл»; конусные коронки с параллельно установленными фрикционными штифтами.

Заключение. Клинические достоинства телескопических конусных коронок подтверждаются тем, что полная адаптация к съёмным протезам с фиксацией на телескопических коронках наступает у 92% пациентов, не пользуются протезами 3,8% пациентов.

Литература.

1. Курляндский, В.Ю. Ортопедическая стоматология / В.Ю. Курляндский. - М., «Медицина», 1977. – 488 с.
2. Ортопедическая стоматология: руководство / Н.Г. Аболмасов [и др.]. - М.: «МЕДпресс-информ», 2002. – 576 с.
3. Телескопические и замковые крепления зубных протезов / И.Ю. Лебедеко [и др.]. - М.: «Молодая гвардия», 2004. – 344 с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ ПРИ ПОВТОРНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Пискур В.В., Коцюра Ю.И., Борунов А.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Объективный процесс старения общества характерен для всех развитых и многих развивающихся стран. Поэтому изучение процессов старения, влияние на него различных факторов и борьба за активное долголетие являются актуальной проблемой. Как следствие прогресса в области медицины, средняя продолжительность жизни в высокоразвитых странах значительно увеличилась, при этом возрастает число пожилых и людей преклонного возраста.

В Республике Беларусь, как и в большинстве развитых стран, наблюдается тенденция увеличения пропорции населения старших возрастных групп. По данным официальной статистики, возрастная когорта населения 60 лет и старше за последние 10 лет увеличилась на 2,7% и составила в 2001 году 1,9 млн. или 19,1% от всего населения. В 2003 году когорта населения старше 60 лет составила уже 20% от общего количества населения в Республике Беларусь. Демографическая революция распространена по всему миру. По данным ВОЗ, сегодня около 600 млн. населения - это люди старше 60 лет, их число удвоится к 2025 году, а к 2050 году составят 2 биллиона, причём проживать будут в развитых странах. В связи с ростом доли

пожилых людей среди населения в целом, увеличивается их число и среди пациентов стоматологической практики. Ожидается, что в скором будущем 75% пациентов, обращающихся к стоматологам, будут люди пожилого возраста.

Повторное протезирование полными съёмными пластиночными протезами наряду с первичным в клинике ортопедической стоматологии является одной из актуальных проблем современной стоматологии. В то же время этот вид протезирования во многих ситуациях оказывается неэффективным или малоэффективным, хотя, на первый взгляд, лечение осуществлено такими же конструкциями протезов. В подобных ситуациях пациенты продолжают пользоваться старыми протезами, и новое повторное протезирование ещё более затруднено.

Жевательный аппарат человека является сложной, полиструктурной, многоуровневой системой, специфика которой не исчерпывается особенностями составляющих её элементов, а связана, прежде всего, с характером взаимоотношений между ними. Удаление всех зубов лишает жевательную систему самого главного её компонента, а также возможностей самостоятельной компенсации нарушенных функций. Поэтому методологической основой ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов и изучения жевательного аппарата должен являться системный подход. Его принципы легли в основу разработки перспективного направления реабилитации данной категории пациентов - изготовление полных съёмных протезов, с использованием методики дублирования старых протезов.

Показаниями для применения данного метода являются:

- - пациенты пожилого возраста, которые в течение длительного срока пользовались полными съёмными протезами на верхнюю и нижнюю челюсти и были ими довольны, но в настоящее время отмечают плохую фиксацию протезов или их изношенность;
- - пациент, у которого в анамнезе отмечается плохая адаптация и проблемы с использованием съёмными протезами, если ему показано изготовление копий наиболее удачных из предыдущих протезов с внесением в конструкцию контролируемых изменений;
- - ранее изготовленные непосредственные протезы, в тех ситуациях, когда необходима их замена по причине резорбции кости после удаления зубов;
- - изготовление новых протезов с восстановлением межальвеолярной высоты и сохранением прежней формы базиса и размеров зубов;
- - изготовление нового протеза при частых поломках старого (трещины, переломы базиса);
- - желание пациента иметь несколько абсолютно одинаковых протезов.

Методика дублирования состоит из следующих этапов.

Клинические этапы: 1) изучение ранее изготовленных протезов в полости рта и вне её, непосредственно дублирование ранее изготовленных протезов, коррекция границ базисов дублированных протезов, получение функциональных оттисков в положении центрального соотношения челюстей и под жевательным давлением,

2) проверка постановки зубов, 3) припасовка и наложение протезов в полости рта.

Лабораторные этапы: 1) отливка моделей и установка их в артикулятор, конструирование зубных рядов, 2) окончательное моделирование базисов протезов, замена воска на пластмассу.

К преимуществам данной методики относятся:

- - уменьшение продолжительности лечения из-за сокращения клинико-лабораторных этапов изготовления полных съёмных протезов;
- - быстрая адаптация к полным съёмным протезам путём изготовления протеза похожего на ранее изготовленный;
- - уменьшение стоимости лечения из-за сокращения этапов и времени лечения в клинике ортопедической стоматологии.

Заключение. Предложенная методика дублирования полных съёмных протезов позволяет минимизировать различия в конструкции старых и новых протезов, что позволяет пациентам с полной потерей зубов быстро адаптироваться к вновь изготовленным протезам и успешно ими пользоваться. Необходимо более широкое применение методики дублирования полных съёмных протезов при повторном протезировании с целью повышения качества и эффективности ортопедической помощи пациентам с полной потерей зубов.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАПРЯЖЁННО-ДЕФОРМИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОД СЪЁМНЫМ ПРОТЕЗОМ, ОПИРАЮЩИМСЯ НА БАЛКУ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ БОКОВЫХ И ОСЕВЫХ НАГРУЗОК МЕТОДОМ ГАЛЛОГРАФИЧЕСКОЙ ИНТЕРФЕРОМЕТРИИ Цвирко О.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Протезы с балочной фиксацией объединяют в себе ряд положительных моментов: так, с помощью балок можно шинировать зубы с поражённым периодонтом, причём число оставшихся зубов может быть минимальным – два.

Объекты и методы. Для выполнения экспериментов объектом исследования была кадаверная нижняя челюсть человека, фиксированная верхушками суставных отростков в несущей протакриловой стойке (рис. 1) и опорой в подбородочной области.

Исследование проводилось с использованием четырёх вариантов протезов, с опорой и фиксацией на балке, в зависимости от числа опорных зубов. Конкретно исследованы протезы с опорой на зубы: 1) 3.3, 4.3; 2) 3.3, 4.3, 4.7; 3) 3.3, 3.5, 4.3, 4.5; 4) 3.3, 4.3, 5.3. Между опорными зубами располагалась балка, на которую опирался

и фиксировался съёмный пластиночный протез с металлическим базисом. В первом, третьем и четвертом вариантах от опорных зубов балка имела дистальное продолжение 0,5 см. Сравнение проводилось на том же объекте с использованием съёмного пластиночного протеза с металлическим базисом и кламмерной фиксацией. Во всех вариантах нижняя челюсть со съёмными протезами нагружалась автономно, на специальном стенде в нагрузочном устройстве, представляющем собой рычажный механизм, оборудованный датчиком усилия.



Рис. 1 Объект исследования, дефект зубного ряда замещён частичным съёмным пластиночным протезом с литым базисом и балочной фиксацией.

Нагрузка передавалась на протез вертикально, под углами в 15° и в 45° , для чего были изготовлены пластмассовые клинья, которые устанавливались под основание объекта исследования. В результате чего появилась возможность симитировать боковую нагрузку на протез. Исследования выполнены методом голографической интерферометрии.

В экспериментах использовался гелий-неоновый лазер с длиной волны $\lambda = 632$ Нм. [2]. В нагрузочном устройстве перед первой экспозицией объект нагружался некоторым усилием P_1 , а перед второй – усилием $P_2 < > P_1$. Разница $\Delta P = P_1 - P_2$ задавалась исходя из условия получения контрастной и чётко различаемой на интерферограмме системы интерференционных полос (ИП), визуализирующих полученное деформационное поле [3]. В экспериментах абсолютные величины P_1 и P_2 обычно находились в пределах от 10 кГс до 30 кГс, а ΔP составляло $\approx 5/10$ кГс.

Результаты. На рисунках голографические интерферограммы, (ГИ) отражающие результаты планировавшихся и выполненных экспериментов по исследованию НДС челюсти под съёмными протезами, опирающимися на балку и частичными съёмными протезами с кламмерной фиксацией. Все запланированные исследования проводились с использованием балочных протезов, которые, независимо от их конкретной конфигурации, имели одинаковый фронтальный сегмент, предполагающий фиксацию в двух точках – на зубах 3.3 и 4.3, несколько предваряя доказательную мотивацию, отметим здесь, что это

один из ключевых факторов, определяющий фронтальную структуру ИК а, следовательно, и деформационного поля. Контрольной группой были протезы с кламмерной фиксацией, по количеству замещаемых зубов протезы различий не имели.

Заключение. По мере отклонения направления нагрузки от вертикального положения активизируется роль балки как передаточного звена к боковым фрагментам протеза, то есть нагрузка рассредоточивается на все протезное ложе и челюсть нагружается более равномерно, это подтверждается возрастающей симметричностью ИК на фронтальном секторе и при удалении от него на боковые ветви. В эксперименте, при боковой нагрузке, на протез с балочной фиксацией и опорой на зубы 3.3, 4.3, 4.7 распределение напряжения под протезом сходно как при использовании мостовидного протеза большой протяженности. Наблюдается ослабление вертикального компонента нагрузки на опорные зубы и возрастает горизонтальный компонент. Принципиально меняется векторная структура силовых факторов, деформирующих ткань челюсти в беззубом фрагменте – отсутствует прямая вертикальная нагрузка и действуют сжимающие усилия, обусловленные встречным поворотом осей опорных зубов.

Литература.

1. Головкин, А.И. Закономерности деформаций, происходящих в челюстно-лицевой области в зависимости от топографии и протяженности мостовидного протеза / А.И. Головкин // Тр. молод. учёных. Юб. изд.: Сб. науч. работ; под общ. ред. С.Л. Кабака. - Минск: БГМУ, 2001. - С. 42-45.
2. Голографическое исследование лицевого скелета человека при функциональных перегрузках/ С.А. Наумович [и др.]. // Материалы третьего съезда стоматологов Беларуси. - Минск, 1997. - С. 220-221.
3. Сельчуков, С.Г. Протезирование дефектов зубных рядов съёмными протезами с балочной фиксацией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / С.Г. Сельчуков; КГМИ. - Казань, 1991. – 19 с.
4. Теологова, Е.Л. Обоснование применения балочной системы фиксации в конструкциях частичных съёмных и перекрывающих протезов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Е.Л. Теологова; ММСИ. – М., 1992.- 16 с.
5. Dolder, E.G. Steg-Prothetik / E.G. Dolder. - Zurich, 1966. – 215 s.

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПЕРЕКРЫВАЮЩИМИ ПРОТЕЗАМИ

Шишов В.Г.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Для достижения долгосрочного положительного результата лечения при протезировании перекрывающими протезами необходима адекватная гигиена полости рта. К сожалению, уровень гигиены полости рта, особенно у пациентов пожилого возраста, редко бывает

удовлетворительным. Чаще это связано с несколькими факторами: низкий уровень мотивации в необходимости проведения гигиенических мероприятий; изменение рациона питания (преобладание мягкой и углеводистой пищи); снижение скорости слюноотделения; небольшие размеры фиксирующих элементов протеза.

Обучение пациентов гигиене полости рта при наличии перекрывающих протезов можно условно разделить на три этапа: 1) мотивация в необходимости проведения гигиенических мероприятий; 2) обучение методам гигиены полости рта; 3) подбор средств гигиены с учётом конкретной клинической ситуации.

При мотивации пациентов с перекрывающими протезами следует учитывать тот факт, что данная категория населения не имела в прошлом стойких привычек гигиены полости рта, так как преимущественными причинами потери зубов являются кариес (его осложнения) и болезни периодонта. Подавляющее большинство пациентов воспринимают перекрывающий протез, как полный съёмный, и в лучшем случае периодически осуществляют гигиену только самого протеза. Пациентам нужно разъяснить необходимость тщательной систематической гигиены не только самого протеза, но и оставшихся опорных зубов, слизистой оболочки полости рта, языка.

При обучении гигиеническим мероприятиям пациентов пожилого возраста может возникнуть необходимость в инструктаже третьих лиц для обеспечения адекватной гигиены полости рта, так как с возрастом может происходить ухудшение зрения и снижение ловкости рук.

Гигиенические мероприятия у пациентов с перекрывающими протезами можно разделить на два этапа: внутриротовой - собственно гигиена полости рта; внеротовой - гигиена протеза.

Для гигиены полости рта можно рекомендовать: зубные щётки средней жёсткости, монопучковые щётки для очищения опорных элементов; зубные щётки с мягкой или очень мягкой щетиной для очищения слизистой полости рта; электрические зубные щётки; ёршики, флоссы, суперфлоссы; щётки и скребки для языка; ирригаторы полости рта; фторсодержащие зубные пасты, гели; ополаскиватели, эликсиры для полости рта; индикаторы зубного налёта (растворы, таблетки).

Для гигиены протеза применяются специальные щётки и пасты для чистки протезов и антисептики (растворы, таблетки).

Литература.

1. Денисова, Ю.Л. Гигиенические мероприятия у больных с патологией периодонта при ортодонтическом лечении / Ю.Л. Денисова // Стом. журн. - 2007. - Т. 8. - № 2. - С. 148-153.
2. Леус, П.А. Микробный биофильм на зубах. Физиологическая роль и патогенное значение / П.А. Леус // Стом. журн. - 2007. - Т. 8. - № 2. - С. 100-112.

3. Манак, Т.Н. Уход за съёмными зубными протезами / Т.Н. Манак // Стом. журн. - 2008. – Т. 9. - № 1. - С. 83.
4. Улитовский, С.Б. Гигиена при зубном протезировании: учебное пособие / С.Б. Улитовский. – М.: «МЕДпресс-информ», 2009. - 105 с.

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СЪЁМНЫМИ ПЕРЕКРЫВАЮЩИМИ ПРОТЕЗАМИ

Шишов В.Г.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

При планировании лечения пациентов с малым числом оставшихся зубов необходимо учитывать все возможные варианты конструкций. Изначально окончательным план быть не может. Имеют место клинические ситуации, при которых после надлежащей подготовки зубов их устойчивость недостаточна для использования перекрывающего протеза, но зубы не настолько безнадежны, чтобы изготавливать полный съёмный протез. В подобных ситуациях окончательное решение о выборе конструкции откладывается на более поздний срок и осуществляется постоянное наблюдение за пациентом.

В зависимости от длительности применения перекрывающие протезы можно разделить на следующие типы: 1) короткосрочные или временные перекрывающие протезы; 2) среднесрочные или промежуточные протезы; 3) долгосрочные или окончательные протезы.

Выбор типа протеза в основном зависит от прогноза оставшихся зубов.

Короткосрочные или временные перекрывающие протезы изготавливаются в ситуациях, когда прогноз для оставшихся зубов неблагоприятен. Опорные корни подготавливаются без изготовления вкладок и ретенционных элементов. Состояние корней оценивается в динамике пользования протезом. При необходимости удаления оставшихся зубов протез легко трансформируется в полный съёмный. Таким образом, сохранение корней, позволяет с одной стороны замедлить атрофию альвеолярного отростка, а с другой - облегчить адаптацию пациента к полным съёмным протезам.

Среднесрочные или промежуточные протезы изготавливаются в ситуациях, когда состояние опорных зубов неоднозначно (наличие зубов, как с хорошим, так и со спорным прогнозом). Используются стандартные ретенционные элементы, которые укрепляются на опорных корнях и служат для фиксации протеза. Промежуточный временный протез не покрывает маргинальную десну вестибулярно и апроксимально. В конструкцию протеза не включаются сложные

элементы фиксации, так как при необходимости удаления некоторых зубов она должна легко трансформироваться.

Долгосрочные или окончательные перекрывающие протезы - сложные конструкции, опорные элементы которых изготавливаются лабораторным путём. Используются при хорошем прогнозе для оставшихся зубов, и представляют собой цельнолитые конструкции с различными вариантами ретенционных элементов. Окончательный перекрывающий протез может быть изготовлен как с открытыми наддесневыми промежутками вокруг опорных зубов, так и только с вестибулярной и апроксимальных поверхностей десны.

В процессе планирования лечения можно выделить три этапа. Этап первый - диагностика и определение показаний к сохранению и удалению зубов. На этом этапе удаляются только зубы с безнадежным прогнозом. Этап второй - определение пригодности и/или необходимости в сохранении зубов с неоднозначным прогнозом. В зависимости от результатов определяется выбор конструкции и обсуждается с пациентом. Составляется предварительный план лечения. Осуществляется необходимая подготовка. Этап третий - составление окончательного плана лечения в зависимости от количества опорных зубов и вида конструкции. План составляется только после тщательной переоценки предварительного плана лечения, оценки состояния зубов после проведенной подготовки. Окончательное решение о выборе конструкции принимается только после последней припасовки временного протеза, если таковой изготавливался.

Литература.

1. Загорский, В.А. Частичные съемные и перекрывающие протезы / В.А. Загорский. - М.: «Медицина», 2007.
2. Epstein, D.D. A potpourri of overdenture stud attachment systems / D.D. Epstein // Dent Today. - 1995. - Vol. 14. - № 1. - P. 88-89.
3. Fenton, A.N. The decade of overentures: 1970-1980 / A.N. Fenton // J. Prosthet. Dent. - 1998. - Vol. 79. - № 1. - P. 31-37.
4. Krammer, R. Provisional retention of a removable partial denture during fabrication of a root-retained overdenture / R. Krammer // J. Prosthet. Dent. - Vol. 79. - № 3. - P. 358.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ ФИКСИРУЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ

Юдина Н.А., Коломиец Н.Д., Борисенко Г.Н., Русак А.С.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Протезирование металлокерамическими протезами с опорой на витальные зубы, является непростой задачей и требует тщательного соблюдения всех этапов и условий. Большую роль

в сохранении жизнеспособности играет использование защитных временных (провизорных) коронок, которые предотвращают воздействие раздражающих факторов внешней среды (температурные и химические раздражители). В тоже время при фиксации провизорных коронок на временный материал может создаваться благоприятная ситуация для размножения микроорганизмов на обнаженном дентине особенно таких как *St. mutans* и *Lactobacillus*. Данные микроорганизмы и их сообщества способны выделять токсические вещества, которые, проникая через обнаженные дентинные каналы, способны оказывать раздражающее действие на пульпу зуба, вызывать необратимые изменения.

Цель исследования - изучить возможную обсемененность материалов для временной фиксации, используемых для провизорных конструкций (коронок и мостовидных протезов).

Объекты и методы. Для сравнения взяли три различных материала, которые могут использоваться для временной фиксации несъемных ортопедических конструкций: порошок гидроксида кальция, цинкоксидаэвгенольный материал «Рерин», и безэвгенольный материал для временной фиксации «NETC». Перед началом микробиологических исследований все материалы, для временной фиксации, используемые в данном исследовании, были проверены на стерильность.

Интактные зубы, которые планировалось использовать по опоры металлокерамических протезов, были отпрепарированы под анестезией. Предварительное препарирование осуществлялось при помощи турбинного наконечника (250-300 тыс. об/мин), а окончательное – повышающего (100-150 тыс. об/мин) с обязательным водным охлаждением. Для изготовления провизорных коронок с использованием силиконового шаблона был использован материал на основе Bis-GMA «Luxatemp». Перед фиксацией временных коронок, культи зуба обрабатывались 3% перекисью водорода и покрывались десенситайзером «Systemp desensitizer 2». Через 7 дней при повторной явке пациентов брались образцы фиксирующего материала и отправлялись на исследование в микробиологическую лабораторию. Данные каждого пациента фиксировались в специальной карте.

Для выделения аэробных и факультативно-анаэробных бактерий посев материала проводили на кровяной агар количественным методом из транспортной среды. Посевы инкубировали в эксикаторе со свечой при 37°C в течение 24-48 часов с последующим подсчетом общего микробного числа (ОМЧ), выделением чистой культуры, проведением родовой идентификации. Общее микробное число определяли путём

подсчёта выросших на плотных питательных средах превалирующих микроорганизмов в 1 мл пробы (КОЕ/мл).

Результаты. Полученные данные представлены в табл. 1

Таблица 1
Результаты микробиологического исследования материалов для временной фиксации

Фиксирующий материал	Проверка на стерильность	Рост St.mutans	Рост Lactobacillus
«NETC»	стерильно	нет	нет
«Repin»	стерильно	нет	нет
CaOH	стерильно	нет	нет

Заключение.

В результате исследования возможности обсеменения под временными коронками поверхности временных фиксирующих материалов через 7 дней ни в одной из серий исследования микроорганизмы St. mutans и Lactobacillus обнаружены не были. Таким образом, любой из указанных выше фиксирующих материалов может использоваться для фиксации временных конструкций без риска развития под ними кариозного процесса.

Литература.

1. Большаков, Г.В. Герметизация вскрытых дентинных канальцев после одонтопрепарирования / Г.В. Большаков, О.С. Кузнецов // Современные проблемы стоматологии: Сб. тез. науч. тр. - М., 2009. - С. 45 - 47.
2. Каламкаров, Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов / Х.А. Каламкаров. - М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. - 216 с.
3. Каливрадзиян, Э.С. Способы сохранения твердых тканей зубов с жизнеспособной пульпой под опорой для несъемных конструкций протезов / Э.С. Каливрадзиян, Д.В. Алабовский // Современная ортопедическая стоматология. – 2006. – № 5. – С. 30-33.

ОРТОДОНТИЯ

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПЕРИОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

Денисова Ю.Л., Денисов Л.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Основными задачами у пациентов с болезнями периодонта в сочетании с зубочелюстными деформациями являются стабилизация патологического процесса на ранних стадиях заболевания и сокращение сроков лечения.

В настоящее время в стоматологической практике широко используют современные методы функциональной диагностики, которые основаны на измерении различных физических свойств исследуемых тканей, а также методы, направленные на исследование микроциркуляторного звена и использующие лазерное зондирование биотканей.

Цель работы - изучить эффективность применения лазерно-оптической диагностики на основе цифровой спекл-фотографии (ЛОДцсф) в выявлении микроциркуляторных нарушений у пациентов с генерализованным периодонтитом в сочетании с зубочелюстными деформациями для индивидуализации активации ортодонтического аппарата.

Объекты и методы. Для решения поставленной цели проведено обследование и комплексное лечение 131 пациента в возрасте 35–44 года с хроническим генерализованным сложным периодонтитом в сочетании с зубочелюстными деформациями.

С целью изучения изменений в тканях периодонта, а также для индивидуализации этапов активации ортодонтического аппарата была проведена оценка микроциркуляторного состояния с использованием ЛОДцсф. В первую группу вошли пациенты, которым проводили ортодонтическое лечение с помощью лигатурных брекет-систем Roth .022" по общепринятой методике с активациями каждые 4-6 недель (30 пациентов). Вторую группу составили пациенты, которым проводили также ортодонтическое лечение с помощью лигатурных брекет-систем Roth .022" с индивидуализацией этапов активации ортодонтического аппарата с применением ЛОДцсф (32 пациента). В третью группу вошли пациенты, которым проводили ортодонтическое

лечение с помощью самолигирующих брекет-систем Damon System .022" по общепринятой методике с активациями каждые 8-12 недель (34 пациента). Четвертую группу составили пациенты, которым проводили также ортодонтическое лечение с помощью самолигирующих брекет-систем Damon System .022" с индивидуализацией этапов активации ортодонтического аппарата с применением ЛОДцсф (35 пациентов). В процессе ортодонтического лечения контрольные осмотры проводили через 3 и 14 суток; 1, 3, 6, 9, 12 месяцев.

Результаты. В процессе исследований до ортодонтического лечения интенсивность микроциркуляции десны по данным ЛОДцсф у пациентов второй группы составляла – $26,93 \pm 0,96$ усл. ед. и не была достоверно различна с данными первой, третьей и четвертой групп. Однако через 1 месяц после фиксации ортодонтического аппарата параметры объективных тестов у пациентов первой группы свидетельствовали о нарушении кровообращения в виде снижения интенсивности микроциркуляции десны (ЛОДцсф – $19,3 \pm 1,4$ усл. ед., $p < 0,001$; ИПК – $30,03 \pm 4,46\%$, $p < 0,05$). Однако в это посещение у пациентов первой группы была произведена смена дуги, что необходимо по общепринятой методике активации ортодонтического аппарата. У всех пациентов второй и четвертой групп были изменения интенсивности микроциркуляции по данным ЛОДцсф, в связи с этим смена дуги и активация ортодонтического аппарата была отсрочена до восстановления показателей ЛОДцсф.

При обследовании через 2 месяца у 3(9,4%) пациентов второй группы и у 14(40%) пациентов четвертой группы параметры ЛОДцсф пришли в норму, и им была произведена смена дуги. У остальных 29(90,6%) пациентов второй группы и у 21(60%) пациентов четвертой группы были изменения интенсивности микроциркуляции десны по данным ЛОДцсф, в связи с этим смена дуги и активация ортодонтического аппарата была отсрочена до восстановления показателей ЛОДцсф. Все последующие этапы активации ортодонтических аппаратов у пациентов второй и четвертой групп проводили при хорошем состоянии микроциркуляции тканей периодонта по показателям ЛОДцсф.

Заключение. Использование ЛОДцсф дает возможность индивидуально для каждого пациента оценить состояние микроциркуляции тканей периодонта и назначить адекватное ортодонтическое лечение, что приводит к сокращению его сроков в среднем на $3,3 \pm 0,5$ месяца.

Литература.

1. Диагностика болезней пародонта: учеб.-метод. пособие / Л.Н. Дедова. – Минск: БГМУ, 2004. – 70 с.
2. Рубникович, С.П. Лазерно-оптические методы диагностики и терапии в стоматологии: монография / С.П. Рубникович, Н.А. Фомин. – Минск: ИТМО НАН Беларуси, 2010. – 361 с.
3. Carranza's Clinical Periodontology. – 9th ed./ [edited by] M.G. Newman, H.H. Takei, F.A.Carranza. – 2002. – 1033 p.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НУЖДАЕМОСТИ В ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЖЕВАНИЯ

Наумович Ю.Я., Колесникова М.В., Кашеева А.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Нарушения прикуса относятся к факторам способным оказывать негативное влияние на функцию жевания. Известно, что при выраженных аномалиях окклюзии происходит снижение жевательной эффективности и способности. Так, например, процесс откусывания и измельчения пищи страдает наиболее значительно при открытом прикусе, большой сагиттальной щели и обратном резцовом перекрытии. Пациенты с ортогнатическим прикусом, напротив, имеют более высокую эффективность жевания [2]. Тем не менее, в настоящее время оценить влияние каждой нозологической формы нарушений зубочелюстной системы на показатели жевательной эффективности не представляется возможным из-за их большого разнообразия [3]. Поэтому при проведении исследований по определению жевательной эффективности у пациентов с различными аномалиями окклюзии целесообразным является объединять их в группы по степеням тяжести нарушений прикуса.

Цель работы - определить влияние степеней нуждаемости в ортодонтическом лечении по индексу IOTN на показатели жевательной эффективности.

Объекты и методы. Объектом исследования являлись 489 добровольцев подростков и взрослых в возрасте от 16-26 лет, с полными зубными рядами, минимальным количеством реставраций, отсутствием выраженных заболеваний пародонта. Все обследуемые были разделены на группы по классам нуждаемости в проведении ортодонтического лечения по индексу IOTN. Представители 1-го класса (нет нуждаемости) 209 человек (42,7%) составили группу контроля. Низкая степень нуждаемости или 2 класс по IOTN был выявлен у 150 человек (30,67%), средняя степень нуждаемости или 3 класс

по IOTN у 81 человек (16,56%). Добровольцы с высокой и очень высокой степенью нуждаемости 4-го и 5-го класса по IOTN были объединены в одну группу и составили 49 человек (10,02%).

Жевательную эффективность оценивали по результатам жевательной пробы. Для проведения исследования был выбран синтетический силиконовый оттисковой материал 0 типа вязкости, из которого изготавливались таблетки (диаметром 16 мм, высотой 6 мм). Для проведения исследования каждого участника просили разжевать 2 таблетки тестового материала с интервалом в 1 минуту, 20-ю жевательными движениями. Далее материал собирали, высушивали и фотографировали по методике описанной ранее [1]. Обработку частиц тестового материала проводили по цифровой фотографии с применением разработанной компьютерной программы. По результатам обработки изображения получали диаграмму распределения частиц тестового материала, значение медианы, 25% и 75% квартили частиц. Индекс жевательной эффективности вычисляли по модифицированной формуле Эдлунда и Ламма:

$$R = 100 \left(1 - \frac{X+Y}{2T-X} \right)$$
, где X - суммарная площадь крупных частиц (сумма значений правой части гистограммы), Y - суммарная площадь средних частиц (сумма значений средней части гистограммы), T - общая сумма площадей частиц.

Статистическую обработку данных проводили с применением программного обеспечения Statistica 6.0. Значения показателей жевательной эффективности в группах по IOTN представлены в виде Me [25-75], где Me – медиана, а 25 и 75 – интерквартильный размах. Для сравнения выборок использовали непараметрические тесты Крускала-Уолиса и Манна-Уитни. В качестве критерия достоверности различия показателей применяли уровень значимости $p < 0,05$. Корреляционная связь между показателями жевательной эффективности и значениями индекса определялась по ранговому коэффициенту Спирмана.

Результаты. В результате проведенного исследования были выявлены достоверные статистические различия между показателями медианы частиц тестового материала и значениями жевательного индекса в группах по IOTN значение $p < 0,05$. Была выявлена средняя по силе прямая корреляционная связь между показателями медианы частиц тестового материала и группами по IOTN (Spearman $R = 0,69$; $p < 0,05$) и сильная обратная корреляционная связь между значениями жевательного индекса и группами нуждаемости в проведении лечения по IOTN (Spearman $R = - 0,72$; $p < 0,05$).

Значения показателей жевательной эффективности в группах по IOTN представлены в виде табл. 1.

Таблица 1

Показателей жевательной эффективности в группах по IOTN

класс нуждаемости по IOTN	1класс (норма)			2класс			3класс			4класс		
	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%
среднее значение медианы (мм ²)	10,41	12,28	14,48	14,09	17,38	20,01	16	20,04	27,32	28,46	34,18	43,9
значение жевательного индекса (%)	85	89	93	75	79,5	85	64	76	82	46	52,68	60

Заключение. Увеличение степени тяжести нарушений прикуса, выражающейся в возрастании нуждаемости в ортодонтическом лечении, приводит к снижению жевательной эффективности.

Литература.

1. Методика определения жевательной эффективности с применением разработанной жевательной пробы / И.В.Токаревич [и др.] // Военная медицина. – 2011. - № 2. – С. – 106-109.
2. Occlusal Force and Condylar Motion in Patients with Anterior Open Bite / S. Miyawaki [et al.]. // J. Dent. Res. – 2005. - Vol. 84. - № 2. – P.133-137.
3. Relationship between orthodontic anomalies and masticatory function in adults / P. I. Ngom [et al.]. // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2007. – Vol. 131, № 2. –P. 216–22.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ В СФОРМИРОВАННОМ ПРИКУСЕ

Остапович А.А., Ивашенко С.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Ортодонтическое лечение у взрослых имеет свои особенности, связанные с тем, что кость с возрастом теряет свою пластичность, сроки лечения удлиняются, а результаты менее устойчивы, чаще наблюдаются рецидивы.

В связи с этим у взрослых целесообразно проводить комплексное ортодонтическое лечение с ослаблением механической прочности костной ткани и последующим перемещением аномально стоящих зубов с помощью ортодонтических аппаратов [1, 2].

Для локального ослабления костной ткани и сокращения активного периода ортодонтического лечения применяют низкочастотный ультразвук. Установлено, что низкочастотный ультразвук повышает эластичность соединительной ткани, способствует разволокнению

коллагеновых волокон, повышает проницаемость клеточных мембран [3].

Цель работы – оптимизировать ортодонтическое лечение пациентов с зубочелюстными аномалиями в сформированном прикусе.

Объекты и методы. Было проведено ортодонтическое лечение 15 пациентов женского пола с зубочелюстными аномалиями в сформированном прикусе в возрасте от 18 до 22 лет. При этом комплексное лечение с предварительной подготовкой альвеолярного отростка с помощью импульсного ультразвука частотой 60 кГц с последующим ортодонтическим лечением было осуществлено у 10 пациентов, ортодонтическое лечение с применением обычных технологий проведено у 5 пациентов (контрольная группа).

В основной группе для ослабления костной ткани альвеолярного отростка челюстей перед наложением ортодонтического аппарата использовали разработанный на кафедре ортопедической стоматологии отечественный аппарат для низкочастотной ультразвуковой терапии «АНУЗТ-1-100» ТУЛЬПАН. Процедуры проводили при частоте озвучивания – 60 кГц, период воздействия/пауза – 5/5 секунд, интенсивность озвучивания 0,4 Вт/см², длительности процедуры - до 10 минут. Каждому пациенту в основной группе в зависимости от топографии и вида патологии отпущено от 7 до 10 процедур. Оценивали длительность перемещения зубов в вестиболо-оральном и медио-дистальном направлениях у пациентов основной и контрольной групп.

Результаты исследования обрабатывали с помощью специальных прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel с вычислением средней арифметической (m), медианы, верхнего и нижнего квартилей, критериев достоверности Манна-Уитни (U), вероятности достоверности сравниваемых величин (p). Различия рассматривались как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты. Продолжительность ортодонтического лечения пациентов основной и контрольной групп представлены в табл. 1.

Таблица 1
Продолжительность ортодонтического лечения пациентов

Направление перемещения зубов	Сроки ортодонтического лечения, (сутки)	
	Основная группа	Контрольная группа
вестиболо-оральное	80* (75;80)	185 (182;190)
медио-дистальное	89	201

Примечание:*-статистически достоверные различия ($p < 0,05$) при сравнении с контрольной группой.

Анализ данных таблицы свидетельствует о том, что у пациентов с предварительной физиотерапевтической подготовкой в преактивном периоде сроки перемещения зубов в вестибуло-оральном направлении сокращены в среднем в 2,31 раза ($p < 0,05$), а в медио-дистальном направлении в 2,26 раз ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой.

Заключение. Воздействие импульсным ультразвуком частотой 60 кГц на костную ткань в проекции корней аномально расположенных зубов в преактивном периоде ортодонтического лечения позволяет сократить сроки активного периода в зависимости от направления перемещения зубов в среднем в 2,29 ($p < 0,05$) раза, в сравнении с контролем.

Литература.

1. Ивашенко, С.В. Влияние низкочастотного ультразвука на физико-химические свойства костной ткани / С.В. Ивашенко, В.А. Чекан // Медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С.35–38.
2. Наумович, С.А. Повышение эффективности комплексного (ортопедо-хирургического) лечения аномалий и деформаций зубочелюстной системы в сформированном прикусе (клин.-эксперим.исслед.): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / С.А. Наумович ; Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск, 2001. – 42 с.
3. Улащик, В.С. Низкочастотный ультразвук: действие на организм, лечебное применение и перспективы развития / В.С. Улащик // Вопросы курортологии, физиотерапии и леч. физкультуры. – 2000. – № 6. – С. 3–8.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ РАБОТЫ С МУЛЬТИБОНДИНГ-СИСТЕМАМИ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Хандогий Д.В., Колесникова М.В., Колесникова Е.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. В последние годы резко возрос интерес ортодонтів к брекетам, не требующим лигатурного подвязывания. Принято считать, что в сравнении с традиционными лигатурными брекетами применение самолигирующих брекетов значительно сокращает время работы врача-ортодонта с пациентом.

Цель исследования - сравнить продолжительность времени, необходимого для приёма пациента с лигатурными и самолигирующими брекетами различных конструкций.

Объекты и методы. При использовании хронометра, видеокамеры и карт обследования велся хронометраж приёма пациентов. Было проанализировано 37 посещений пациентов, проходивших лечение лигатурными брекетами, и 30 посещений пациентов с самолигирующими брекетами различных конструкций. Приём пациентов вели два доктора с одинаковым стажем работы. В качестве

лигатурных брекетов применяли Miniature Twin (3M Unitek). В качестве самолигирующих – Axis (Orthoclassic), Damon 3 (Ormco), SmartClip (3M Unitek).

Результаты. Проводился хронометраж работы двух врачей-ортодонтос с одинаковым стажем. В исследовании пациенты были разделены на 2 группы: 1) с применением традиционных мультибондинг-систем; 2) с применением самолигирующих мультибондинг-систем. Вторая группа пациентов разделялась на 3 подгруппы с учётом фирмы производителя мультибондинг-системы: а) Axis (Orthoclassic); б) Damon 3 (Ormco); в) SmartClip (3M Unitek). В карту обследования пациентов вносились данные времени, затраченного на замену лигатур, дуг, установку дополнительных элементов. При этом учитывалось число брекетов фиксированных на зубной ряд. Был произведён хронометраж приема 37 пациентов, которые составили первую группу наблюдения, и 30 пациентов, которые составили вторую группу. Для верхнего и нижнего зубного ряда регистрация времени велась отдельно.

В результате исследования было установлено, что применение самолигирующих брекетов Damon 3, SmartClip позволяет значительно сократить время работы врача-ортодонта по сравнению с лигатурными брекетами. Для снятия/установки лигатур при работе с лигатурными брекетами на верхнем зубном ряду потребовалось 200 ± 18 секунд, на нижнем зубном ряду 229 ± 30 секунд, на обоих зубных рядах было затрачено 429 ± 48 секунд, для снятия/установки дуги и лигатур на верхнем зубном ряду потребовалось 419 ± 55 секунд, на нижнем зубном ряду 313 ± 22 секунд, на обоих зубных рядах было затрачено 732 ± 77 секунд.

Для открытия/закрытия замков при работе с Damon 3 на верхнем зубном ряду потребовалось 53 ± 8 секунд, на нижнем зубном ряду 58 ± 10 секунд, на обоих зубных рядах было затрачено 111 ± 18 секунд, для снятия/установки дуги, стопора на верхнем зубном ряду потребовалось 90 ± 14 секунд, на нижнем зубном ряду 105 ± 17 секунд, на обоих зубных рядах было затрачено 195 ± 31 секунд.

Для открытия/закрытия замков при работе с SmartClip на верхнем зубном ряду потребовалось 45 ± 4 секунд, на нижнем зубном ряду 46 ± 6 секунд, на обоих зубных рядах было затрачено 91 ± 10 секунд, для снятия/установки дуги, стопора на верхнем зубном ряду потребовалось 74 ± 6 секунд, на нижнем зубном ряду 84 ± 8 секунд, на обоих зубных рядах было затрачено 158 ± 14 секунд.

Для открытия/закрытия замков при работе с Axis на верхнем зубном ряду потребовалось 168 ± 17 секунд, на нижнем зубном ряду

153±14 секунд, на обоих зубных рядах было затрачено 321±31 секунд, для снятия/установки дуги, стопора на верхнем зубном ряду потребовалось 227±16 секунд, на нижнем зубном ряду 243±11 секунд, на обоих зубных рядах было затрачено 470±27 секунд (табл. 1).

Таблица 1

Время, затраченное на работу с брекетами различных конструкций (секунды)

Манипуляция	Бре-кеты	На верхнем зубном ряду	На нижнем зубном ряду	На обоих зубных рядах
Фиксация брекетов	лигатурные	1140±21	953±23	2093±44
Снятие/установка лигатур		200±18	229±30	429±48
Снятие/установка дуги и лигатур		419±55	313±22	732±77
Фиксация брекетов	Damon 3	1070±30	1010±23	2080±53
Открытие/закрытие замков		53±8	58±10	111±18
Снятие/установка дуги, стопора		90±14	105±17	195 ± 31
Фиксация брекетов	SmartClip	975±25	1007±23	1982±48
Открытие/закрытие замков		45±4	46±6	91±10
Снятие/установка дуги, стопора		74±6	84±8	158±14
Фиксация брекетов	Axis	1030±27	958±19	1988±46
Открытие/закрытие замков		168±17	153±14	321±31
Снятие/установка дуги, стопора		227±16	243±11	470±27

Заклучение. Исследование работы двух независимых ортодонтос выявило значительную экономию времени при использовании самолигирующих брекетов SmartClip и Damon 3. Не установлено значительной разницы во времени, необходимом для фиксации того или иного вида мультибондинг-системы.

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПЕРВОКЛАССНИКОВ МИНСКОГО РАЙОНА

Белая Т.Г.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Кариес зубов продолжает оставаться самым распространенным стоматологическим заболеванием не только среди взрослых, но и среди детей.

Многочисленные эпидемиологические исследования показывают, что кариесом поражаются зубы детей ещё в дошкольном возрасте. Интенсивность кариеса среди 6-летних детей, проживающих в сельской местности Республики Беларусь, составляет $5,86 \pm 0,09$, и $5,60 \pm 0,10$ – у сверстников, проживающих в городской местности [1]. Согласно данным Т.Н. Тереховой и Е.И. Мельниковой (2009), в Республике Беларусь в 2002 году кариесом было поражено $95,0 \pm 0,73\%$ 6-летних сельских детей и $90,67 \pm 0,97\%$ городских [2, 3]. Своевременная диагностика кариеса постоянных зубов с незрелой эмалью у 6-7 летних детей позволяет не только провести своевременное лечение кариеса на ранних стадиях, но и рационально спланировать мероприятия по его профилактике.

В настоящее время имеется достаточно большое число публикаций, посвященных результатам стоматологического обследования детей г. Минска, но отсутствуют данные стоматологического обследования детей Минского района.

Цель исследования - изучение стоматологического статуса первоклассников Минского района.

Объекты и методы. Проведено клиническое обследование полости рта у 68 первоклассников в возрасте 6-7 лет средней школы п. Гатово (35 девочек и 33 мальчиков). Осмотр полости рта детей проводили с использованием стандартного набора стоматологических инструментов в медицинском кабинете школы при естественном и искусственном освещении.

У каждого ребенка оценивали состояние твердых тканей зубов и уровень гигиены полости рта, кроме того, регистрировали вид прикуса. Интенсивность кариеса зубов оценивалась с помощью индекса КПУЗ+ кпуз. При расчете интенсивности кариеса учитывались кариозные, пломбированные, удаленные постоянные и временные клыки и моляры.

Состояние гигиены полости рта оценено при помощи упрощенного индекса гигиены ОНI-S (Greene Vermillion, 1964) у 62 ($91,18 \pm 3,44\%$) детей с постоянными первыми молярами и резцами, а при отсутствии этих зубов – индекс гигиены PLI (Silness–Loe, 1964) у 6 ($8,82 \pm 3,44\%$) детей.

Результаты. Проведенное исследование позволило установить, что доля детей свободных от кариеса составила $11,76 \pm 3,90\%$ (8 детей), а распространенность кариеса среди первоклассников Гатовской средней школы равнялась $88,23 \pm 3,91\%$, и достоверно не отличалась от данных эпидемиологического обследования 6-летних детей, проживающих в сельских районах расселения Беларуси, проведенного в 2000 году, равного $95,0 \pm 0,73\%$ [1].

Средний показатель интенсивности кариеса у этих детей по индексу КПУз+кпуз составил $5,64 \pm 0,36$, что несколько ниже данных эпидемиологического обследования 2000 года $5,86 \pm 0,09$ [1].

Анализ структуры индекса интенсивности кариеса временных зубов у детей 6-7 лет Минского района показал преобладание кариозных зубов 221 ($57,55 \pm 5,99\%$). Доля зубов, восстановленных пломбами, составила 152 ($39,58 \pm 5,93\%$), а преждевременно удаленных молочных моляров и клыков – 11 ($2,86 \pm 2,02\%$). Постоянные моляры, пораженные кариесом диагностированы у 11 ($18,33 \pm 4,69\%$) 6-7 –летних детей Минского района. На каждого ребенка данной возрастной группы приходилось по $0,34 \pm 0,08$ постоянных зубов пораженных кариесом, что достоверно ниже данных эпидемиологического обследования 6-летних детей, проживающих в сельских районах расселения Республики Беларусь, проведенного в 2000 году – $0,63 \pm 0,02$ [1].

Анализ структуры индекса интенсивности кариеса постоянных зубов (КПУз) показал незначительное преобладание кариозных зубов ($54,54 \pm 6,04\%$) над зубами, восстановленными пломбами ($45,46 \pm 6,04\%$).

Результаты исследования показали, что только 12 ($20 \pm 4,85\%$) детей 6-7 летнего возраста имели все санирование зубы, а 48 ($80 \pm 4,85\%$) детей этого возраста нуждались в лечении зубов.

Средний показатель ОНI-S у 6-7 летних детей Минского района был равен $1,8 \pm 0,05$, а средний показатель PLI= $1,75 \pm 0,05$. Хорошую гигиену полости рта имели только 10 ($16,13 \pm 4,46\%$) детей, удовлетворительную - 22 ($35,48 \pm 5,80\%$) школьника, у 20 ($32,26 \pm 5,67\%$) детей гигиена полости рта была неудовлетворительной и у 10 ($16,13 \pm 4,46\%$) детей - плохой. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей 6-7 летнего возраста Минского района составила $60,29 \pm 5,93\%$ (у 41 ребенка диагностирована патология прикуса), и только один ребенок носил ортодонтический аппарат.

Заключение. Шести- и семилетние дети, проживающие в Минском районе, имеют высокую ($88,23 \pm 3,91\%$) распространенность и интенсивность кариеса зубов, равную $5,64 \pm 0,36$. В структуре индекса интенсивности кариеса преобладают кариозные зубы – $57,55 \pm 5,99\%$, а доля зубов, восстановленных пломбами составляет $39,58 \pm 5,93\%$. Гигиена полости рта первоклассников средней школы п. Гатово Минского района оценена как неудовлетворительная ($1,8 \pm 0,05$). Всё перечисленное требует дальнейшего совершенствования стоматологических лечебно-профилактических мероприятий в указанном районе.

Литература.

1. Мельникова, Е.И. Эпидемиология стоматологических болезней среди детского населения Республики Беларусь и определение научно-обоснованных нормативов по организации стоматологической помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Е.И. Мельникова; УО «Белорусский государственный медицинский университет». - Минск, 2002. - 20 с.
2. Терехова, Т.Н. Эпидемиология стоматологических заболеваний – основа планирования стоматологической помощи детскому населению: учебн.-метод. пособие / Т.Н. Терехова, Е.И. Мельникова. – Минск, 2006. – 24 с.
3. Эпидемиология стоматологических заболеваний среди детского населения Республики Беларусь / Т.Н. Терехова [и др.]. // Современная стоматология. - 2009. - № 3-4. – С. 28-30.

ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ ОБ УХОДЕ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

**Дмитрук А.В., Капуста Ю.В., Кухарчик А.В.,
Пипко А.С., Терехова Т.Н.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Кариес зубов является самым распространённым заболеванием. По данным разных авторов от 80 до 90% детей с молочным прикусом, около 80% подростков имеют кариозные полости в зубах, а 95-98% взрослых имеют запломбированные зубы [1]. Согласно современным представлениям об этиологии кариеса основным фактором риска, способствующим развитию данного заболевания, является зубной налёт, содержащий в своём составе кариесогенные микроорганизмы.

Рациональная гигиена полости рта является ведущим звеном в профилактике кариеса зубов. Систематическая чистка зубов, удаление мягких зубных отложений способствуют физиологическому процессу созревания эмали зубов, а биологически активные компоненты зубных паст обогащают ткани зуба микро- и макроэлементами.

Следовательно, основным компонентом профилактики кариеса зубов является поддержание хорошего уровня гигиены полости рта. Для

того чтобы правильно проводить уход за полостью рта необходимо иметь теоретические знания и практические навыки по вопросам профилактики стоматологических заболеваний и гигиены полости рта.

Целью данного исследования явилось выявление уровня знаний младшими школьниками вопросов профилактики стоматологических заболеваний.

Объекты и методы. Для реализации цели разработана анкета, вопросы которой касались профилактики стоматологических заболеваний: средств, предметов и методов гигиены полости рта, доли сладостей в рационе питания и частоты профилактических посещений врача-стоматолога. Проведён опрос по разработанной анкете 38 учащихся первых классов средней школе № 165 г. Минска. Школьник должен был выбрать ответ из предлагающихся вариантов в анкете по каждому вопросу.

Затем в этих же классах проведена мотивационная беседа по вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний, факторам риска возникновения стоматологических заболеваний, гигиены полости рта и механизмам возникновения кариеса, беседа о строении здорового зуба и изменениях, возникающих при поражении его кариесом. Просмотрен мотивационный фильм «Путешествие за здоровыми улыбками» компании Colgate. Проведено обучение гигиене полости рта по методу Марталлера (оптимальный метод для данного возраста) всех учащихся (38 человек), а так же обучение чистке зубов в полости рта (15 учащихся).

Результаты. В результате исследования установлено, что большая часть ($42\pm 8,0\%$) детей указала, что начали регулярно чистить зубы в возрасте 3 лет. Позднее начали чистить зубы $29\pm 7,4\%$ первоклассников: $22\pm 6,7\%$ - с четырёх лет, $5\pm 3,5\%$ - с пяти лет, $2\pm 2,3\%$ - с шестилетнего возраста. На первом - втором году жизни зубы чистят всего $17\pm 6,1\%$ детей, а $12\pm 6,7\%$ детей затруднились ответить на вопрос.

Большинство детей ($45\pm 8,1\%$) меняют щётку 1 раз в 3 месяца, но, тем не менее, большая доля учащихся ($34\pm 7,7\%$) зубную щётку меняют 1 раз в год, $13\pm 5,4\%$ - 2 раза в год, а $8\pm 4,4\%$ первоклассников затруднились с выбором ответа.

Учащиеся первых классов при чистке зубов пользовались помощью родителей только в $29\pm 7,4\%$ наблюдений. Большая часть детей ($71\pm 7,4\%$) не пользуются помощью родителей при чистке зубов.

Большинство детей ($95\pm 3,5\%$) не проглатывает зубную пасту, но, тем не менее, следует учитывать, что часть детей (около $5\pm 3,5\%$) всё же постоянно или изредка проглатывает зубную пасту.

Абсолютное большинство детей ($92\pm 4,4\%$) указали, что их обучали гигиене полости рта родители. Специалисты-стоматологи обучали гигиене полости рта только $5\pm 3,5\%$ учащихся и $3\pm 2,8\%$ первоклассников никем не были обучены методике чистки зубов. Следовательно, высока вероятность того, что выбранный родителями метод чистки зубов не соответствует возрасту ребёнка, неадекватен его особенностям расположения зубов.

Большинство детей употребляют сладкое в качестве перекусов лишь 1 раз ($34\pm 7,7\%$) и 2 раза ($24\pm 6,8\%$) в день, а $42\pm 8,0\%$ детей употребляют сладости от 3 до 6 раз в сутки.

Одинаковое число детей (по $36,9\pm 7,8\%$) бывает у стоматолога 2 раза в год и 1 раз в год. Однако $23,7\pm 6,8\%$ первоклассников бывают у стоматолога реже 1 раза в год. Таким образом, большая часть детей посещают стоматолога реже, чем это необходимо для эффективной профилактики кариеса зубов. Большинство детей ($89\pm 5,1\%$) хотят сохранить свои зубы здоровыми.

Заключение. Таким образом, для успешной профилактики основных стоматологических заболеваний необходимо обучать детей с раннего возраста правилам и методам чистки зубов, повышать уровень знаний детей о строении зуба, о механизмах развития кариеса, о средствах и предметах гигиены полости рта, об основных факторах риска возникновения стоматологических заболеваний и о способах предотвращения кариеса, а также мотивировать к регулярному посещению врача-стоматолога для профилактических осмотров.

Литература.

1. Мельникова, Е.И. Стоматологический статус и уровень стоматологической помощи городскому населению Гомельской области / Е.И. Мельникова // Организация, профилактика, новые технологии и реабилитация в стоматологии: Материалы III съезда стоматологов Беларуси. – Витебск, 2000. – С.188 -191.

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Жаркова О.А., Дубовец А.В.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. К группе повышенного риска развития стоматологических заболеваний относятся беременные женщины [1], прирост кариеса у которых за период беременности составляет в среднем $1,6\pm 0,6$ полостей при её физиологическом течении, а заболевания периодонта во второй половине беременности – 100%, что

является результатом влияния как гормональных изменений в данный физиологический период, так и снижением факторов местной резистентности полости рта [2].

Цель работы - определить уровень осведомлённости беременных женщин г. Витебска о необходимости профилактики стоматологических заболеваний и разработать схему плана лечебно-профилактических мероприятий в период беременности.

Объекты и методы. Изучение и анализ данных современной специальной литературы, анкетирование 60 беременных женщин, посещающих женские консультации г. Витебска (20 человек из Первомайского, 20 – из Железнодорожного, 20 – из Октябрьского районов) в возрасте от 19 до 39 лет, в различные периоды беременности (I-III триместры).

В работе использованы следующие методы исследования логический, статистический, методологический, аналитический.

Результаты. В результате анализа данных анкетирования было установлено, что индивидуальная схема посещения врача-стоматолога рекомендовалась только 23% опрошенных, беседа о необходимости гигиены полости рта на приёме у врача-стоматолога проводилась 37% беременных, прошедших анкетирование, а обучение гигиене полости рта, подбор индивидуальных средств гигиены - только для 5%.

Санацию полости рта прошли в период беременности - 57%, а в период её планирования – 30% опрошенных, о необходимости лечебно-профилактических стоматологических мероприятий от врача-гинеколога узнали 30% беременных, 13% - от врача-стоматолога и 7% - от врача-терапевта.

Схема плана предполагает индивидуализацию для каждого конкретного пациента с учётом соматического и стоматологического статуса активности кариеса зубов у беременной женщины, кариесогенной ситуации в полости рта, общих и местных факторов риска развития стоматологических заболеваний и полноценности питания. Все назначения системного действия должны согласовываться с врачом-терапевтом и акушером-гинекологом.

Заключение. Выявлен недостаточный уровень осведомлённости беременных женщин о необходимости профилактических мероприятий в период беременности и определена необходимость разработки плана мероприятий просветительской и лечебно-профилактической работы врача-стоматолога для пациенток в период беременности. Разработан план лечебно-профилактических мероприятий в период беременности и внедрены в практику индивидуальные формы рекомендаций со стороны врача-стоматолога для беременных женщин.

Таблица 1

План лечебно-профилактических мероприятий в период беременности

Позиция	Рекомендуемые лечебно-профилактические мероприятия
1. Беседа, многоэтапная мотивация по факторам риска развития стоматологических заболеваний	беседы, проводимые с использованием демонстрационных буклетов, плакатов и мультимедийных презентаций, возможна форма лекции
2. Подбор основных и дополнительных индивидуальных средств гигиены, обучение методике их применения и методам чистки зубов	- контроль гигиены полости рта, контроль прироста налёта
3. Профессиональная гигиена полости рта	снятие зубных отложений, полировка зубов и пломб за период беременности не менее 3 раз
4. Эндогенная профилактика стоматологических заболеваний	- рациональный режим и характер питания; - использование фторированно-иодированной соли; - препараты кальция и витамина Д с 8 по 10 недели беременности, 500 мг и 200 МЕ, соответственно, однократно в сутки и с 30 недели беременности до родов-двукратно в сутки (особенно с 32 по 34 недели - в период наибольшего выхода кальция из материнского организма); -аскорутин по 1 таблетке 2 раза в день в I и III триместры беременности курсами по 2 недели; -поливитаминные препараты и комплексы витаминов и минералов.
5. Экзогенная профилактика стоматологических заболеваний	-использование зубных паст для ежедневной чистки зубов, содержащих соединения кальция, чередующимися курсами по 2 недели с зубными пастами и гелями, содержащими фторид-ионы в концентрации 1500 р.р.т. и выше, кальций-фосфатных гелей и муссов в домашних условиях (по назначению); -коррекция кислотно-щелочного баланса полости рта индивидуально подобранными средствами гигиены; -курсы профессиональных процедур: аппликации кальцийсодержащих и кальций-фосфатных гелей с последующим применением фторсодержащих препаратов (лаков, гелей, растворов, систем глубокого фторирования) 3-6 раз в течении беременности; -ротовые ванночки с применением антисептиков растительного происхождения (отвары ромашки, шалфея, календулы, зверобоя) курсами по 15 процедур 3-4 раза в день; длительность курса в I триместре-10-15 процедур, во II, III триместре - 25-30 (по назначению)
6. Проведение хирургических мероприятий	рекомендуется проводить удаление зубов в период планирования или на 3-6 месяце беременности.
7. Проведение терапевтических мероприятий	рекомендуется в период с 16 по18, с 26 по 28, с 36 по38 недели беременности.
8. Ортопедическое лечение	рекомендуется отсрочить.
9. Консультация других специалистов	по показаниям
10.Контрольные визиты к стоматологу	до 20 недели беременности – 1 раз в месяц, с 20 по32 – 2 раза в месяц, с 32 – 3 раза в месяц.

Литература.

1. Жаркова, О.А. Профилактика стоматологических заболеваний во время беременности / О.А. Жаркова // Вестник ВГМУ. - 2008. - Т. 7. - № 4. - С. 94-101.
2. Успенская, О.А. Стоматология беременных / О.А. Успенская. - Нижний Новгород: НижГМА, 2008. - С. 20-22.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Куцевляк В.И., Ярошенко Е.Г.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина*

Введение. Актуальность проблемы кариеса зубов у детей в раннем возрасте обусловлена его высокой распространенностью и интенсивностью, окончательной нерешенностью вопросов патогенеза, профилактики и лечения, особенно у детей при факторах риска, обуславливающих развитие кариесогенной ситуации в полости рта [2]. Одной из актуальных проблем в педиатрии является системная дисплазия соединительной ткани ввиду её высокой распространенности в популяции и многообразия клинических проявлений. Дисплазию соединительной ткани предложено рассматривать как один из наиболее важных интегральных маркеров здоровья детей и подростков, отражающий соматический дисонтогенез, свидетельствующий о неблагоприятии перинатального периода и нарушениях в висцеральных системах [1, 3].

Цель работы - повышение эффективности профилактики и лечения заболеваний твердых тканей зубов у детей раннего возраста с генетически обусловленной патологией соединительной ткани путём проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Объекты и методы. Было обследовано 39 детей в возрасте от одного года до трех лет. Эти дети были также обследованы на кафедре генетики Харьковского национального медицинского университета, им был поставлен диагноз дисплазия соединительной ткани. Детям проводили лабораторные исследования (изучали аминокислотный, углеводный обмены, определяли уровень кальция и фосфора в моче и крови).

При стоматологическом исследовании определяли интенсивность кариеса и состояние гигиены полости рта. Были получены следующие данные осмотра полости рта, которые представлены в табл. 1.

Полученные данные индекса кп свидетельствуют об очень высокой интенсивности кариеса временных зубов, особенно высокий показатель интенсивности кариеса у детей в возрасте от 30 до 36 месяцев $kп=6,29\pm 0,5$. У 63% обследуемых детей уже имеются осложненные формы кариеса и удаленные зубы. Также определяли гигиеническое состояние полости рта с помощью индекса УГ (уровень гигиены по Э.М. Кузьминой [2]). Гигиенический индекс в среднем составлял $0,56\pm 0,1$, что соответствует плохому уровню гигиены полости рта.

Таблица 1
Данные осмотра полости рта

Возраст	Число детей	Число прорезавшихся зубов у одного ребенка	Интенсивность кариеса (кп)	Число пульпитов	Число периодонитов	Число удаленных зубов
14–18	7	10±1,12	3±0,92	-	-	-
19-23	8	14±1,39	3,5±1,18	2±0	2±0	0,25±0,59
14–29	7	17,1±0,18	5,14±1,8	2±0	2,66±2,86	-
24–36	17	20	6,29±0,5	2,5±0,8	2,66±0,76	2±0

Данные лабораторных исследований свидетельствуют о том, что уровень кальция и фосфора в крови детей был в пределах нормы (кальция от $2,35 \pm 0,12$ до $2,42 \pm 0,14$; фосфора от $1,51 \pm 0,04$ до $1,52 \pm 0,03$). Концентрация кальция в моче снижена в среднем на $0,13$ ммоль/сут., фосфора на $1,34$ ммоль/сут., у детей в возрасте 30-36 месяцев концентрация кальция снижена на $0,08$ ммоль/сут., фосфора на $1,06$ ммоль/сут.

Таким образом, по нашему мнению, назначение препаратов кальция и фосфора с целью проведения вторичной эндогенной профилактики у детей данной категории не является целесообразным, так как концентрация кальция и фосфора в моче снижена. При проведении тонкослойной хроматографии аминокислот и углеводов в моче и крови было выявлено нарушение аминокислотного и углеводного обмена. После проведенных исследований был разработан лечебно-профилактический комплекс:

- 1) детей раннего детского возраста с высоким уровнем интенсивности кариеса необходимо консультировать и обследовать в медико-генетическом центре для раннего выявления генетической патологии, так как множественные поражения твердых тканей зубов в раннем возрасте могут быть первыми симптомами генетически обусловленной патологии соединительной ткани;
- 2) наряду с традиционными методами исследования стоматологического статуса, считаем необходимым исследовать содержание кальция и фосфора в крови и мочи для дифференцированного подхода к эндогенной профилактике;
- 3) для лечения кариеса зубов у детей с генетически обусловленной патологией соединительной ткани рекомендовано: применении техники малоинвазивного восстановительного лечения при лечении среднего кариеса фронтальной группы зубов, с последующим пломбированием полости стеклоиономерным цементом; применением отсроченных методов лечения кариеса жевательных зубов с использованием кальцийсодержащих материалов, как правило, в сочетании с атравматическим восстановительным лечением;
- 4) для профилактики кариеса зубов у детей с генетически обусловленной патологией соединительной ткани рекомендовано: обучение родителей и детей индивидуальной гигиене полости рта, ежедневный уход за полостью рта с помощью силиконовой зубной щетки (которая надевается на палец матери), детской зубной щетки (которую выбирают в зависимости от количества прорезавшихся зубов, в полости рта ребенка), и зубным гелем, гелевой зубной пастой, герметизация фиссур с использованием конденсированного стеклоиономерного цемента. Диетотерапия. Назначение витамина С по схеме: $0,25-0,5$ г, в зависимости от возраста.

Литература.

1. Гречанина, Е.Я. Метаболические болезни / Е.Я. Гречанина // Лікування та діагностика. - 2004. - № 4. - С. 17-29.
2. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. пособие / Э.М. Кузьмина, Т.М. Смирнова. – М.: «ПолиМедиа Экспресс». –2001. – 216 с.
3. Левицкий, А.П. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса зубов / А.П. Левицкий // Вісник стоматології. – 2002 – № 34. – С. 119-124.

ПРИМЕНЕНИЕ ГС «TOOTH MOUSSE» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Минченя О.В., Кленовская М.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Очаговая деминерализация эмали (кариес в стадии пятна) является первой стадией кариозного процесса и единственно обратимой. Процесс может стабилизироваться самостоятельно при условии высокой кариесрезистентности или при восполнении очага деминерализации эмали зуба реминерализирующими препаратами. С этой целью в настоящее время используются различные препараты, основой которых являются кальций и фосфор [1, 3]. Одним из новых кальций-фосфатных соединений является комплекс казеин-фосфопептида и аморфного кальция фосфата, запатентованный в виде системы Recaldent™ CPP-ACP (casein phosphopeptide – amorphous calcium phosphate). Комплекс CPP-ACP является активным компонентом ГС «Tooth Mousse». В полости рта CPP-ACP проявляет адгезивные свойства по отношению к эпителию, компонентам зубной бляшки, пелликулы и эмали, где формирует множественные депо биодоступного фосфата кальция. Сорбированный на эмали CPP-ACP под действием кислоты зубной бляшки и бактериальных ферментов высвобождает в околозубную среду часть ионов кальция и фосфата («период полураспада» на зубе CPP-ACP составляет 1-2 часа). Таким образом, недостаток минеральных компонентов при поверхностном кариозном поражении может быть восполнен, а развитие кариеса в стадии меловидного пятна - остановлено [2].

Цель исследования - изучить клиническую эффективность курсового применения ГС «Tooth Mousse» для реминерализирующей терапии начального кариеса у детей младшего школьного возраста.

Объекты и методы. Проведено стоматологическое обследование 217 школьников 3–5 классов в возрасте 8-10 лет г. Минска. Обследование детей проводили в условиях школьного стоматологического кабинета. Среди обследованных детей у 4 школьников (1,8%) была выявлена очаговая деминерализация эмали.

Для дифференциальной диагностики начального кариеса с некариозными поражениями использовали сведения анамнеза, данные клинического исследования и пробу Аксамит. Для оценки состояния гигиены полости рта использовали упрощенный индекс гигиены полости рта ОНI-S (Green-Vermillion, 1964) до и после проведения курса лечения. Перед лечением проводили мотивацию детей к рациональному уходу за полостью рта в домашних условиях и обучали чистке зубов методом Марталлера.

Аппликации GC «Tooth Mousse» проводили в условиях школьного стоматологического кабинета согласно инструкции производителя на 3 минуты. Пациентам рекомендовали воздержаться от приёма пищи в течение 30 минут. Курс лечения состоял из 10 ежедневных аппликаций.

При оценке эффективности лечения очагов деминерализации учитывали следующие параметры: цвет, размеры и однородность пятна, блеск поверхности, площадь очага деминерализации. Для определения площади очага использовали разработанную авторами методику. Положительным результатом реминерализирующей терапии считали полное исчезновение белых пятен, неудовлетворительным – увеличение очага деминерализации с образованием кариозной полости, стабилизация процесса – белые пятна остаются без изменений.

Детей осматривали до лечения, после курса лечения и через неделю после проведенного курса лечения.

Результаты. Исходный показатель индекса ОНI-S школьников составил в среднем 2,8. При первичном осмотре детей очаги деминерализации эмали были белого цвета с нечеткими границами, эмаль лишена блеска. При зондировании целостность эмали была сохранена. Площадь белых пятен варьировала от 5,1 мм² до 35,45 мм² и составила в среднем 19,03±6,24 мм².

После завершения курса реминерализирующей терапии ни в одном клиническом наблюдении не отмечено полного исчезновения белых пятен. Вместе с тем наблюдалась следующая положительная динамика:

- после проведенного курса лечения отмечалось восстановление блеска эмали в области очагов деминерализации у всех детей. Изменился цвет очага деминерализации: на фоне белого опакowego пятна появились участки прозрачной эмали;
- площадь очагов деминерализации уменьшилась в среднем в 1,4 раза. После курса реминерализирующей терапии площадь белых пятен варьировала от 2,9 мм² до 34,86 мм² и составила в среднем 14,12±5,95 мм²;
- к концу курса реминерализирующей терапии при постоянно проводимой мотивации к оральной гигиене отмечено улучшение состояния гигиены полости рта. Индекс гигиены ОНI-S составил в среднем 1,3, что в 2,2 раза лучше исходного значения. Дети были осмотрены через 7 дней после завершения курса реминерализирующей терапии. Уровень гигиены полости рта без проведения мотивации вернулся к исходному состоянию и составил в среднем 2,3. Однако при этом достигнутое улучшение состояния эмали сохранилось.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что ежедневные аппликации GC «Tooth Mousse» способствуют реминерализации начальных поражений эмали: восстанавливается блеск эмали и частично её цвет, уменьшается площадь белых пятен в среднем в 1,4 раза. Однако для полного восстановления начального кариозного поражения десяти процедур недостаточно. В целом использование GC «Tooth Mousse» в сочетании с хорошим уровнем оральной гигиены, является эффективным методом реминерализации начальных кариозных поражений.

Литература.

1. Malcmacher, L. Enamel Remineralization: The Medical Model of Practicing Dentistry / L. Malcmacher // Dentistry Today. – 2006. - № 11.
2. Pietrzycka, K. Chemical methods of treatment of dental caries: the action and application of CPP-ACP // K. Pietrzycka, H. Pawlicka. E. Dentico. – 2008. – Vol. 18. - № 2.
3. Reynolds, E.C. Calcium phosphate-based remineralization systems: scientific evidence? / E.C. Reynolds // Australian Dental Journal. – 2008. – Vol. 53. – P. 268–273.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Михайловская В.П., Остроменцкая Т.К., Клевцова Э.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Морфологические особенности строения лица, а также функции зубочелюстной системы в значительной степени определяют индивидуальность человека. Считают, что функции челюстно-лицевой области являются наиболее существенными среди постнатальных факторов, влияющих на формировании прикуса. Нарушение осанки, функций челюстно-лицевой области, вредные привычки относятся к факторам риска ортодонтической патологии. Развитие функций и парафункциональных привычек предопределено генетически. Одни функции являются врожденными рефлексам (дыхание, глотание, сосание), другие формируются в определенные сроки жизни ребенка (жевание, речь). В процессе развития ребенка практически все они подвергаются физиологическим или патологическим изменениям, поэтому рассматриваются как управляемые факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий. Эти факторы составляют большую группу причин в формировании патологии зубочелюстной системы. При нарушении прикуса затрудняется откусывание,

пережевывание пищи, изменяется внешность, что может привести к снижению социальной адаптации ребенка.

Цель работы – выявить нарушение функций челюстно-лицевой области, как факторов риска возникновения патологии прикуса у детей 5-6 лет.

Объекты и методы. Проведено клиническое стоматологическое обследование 85 детей 5-6-летнего возраста в детских садах г. Минска. Осмотр полости рта проводили визуально с помощью стоматологического зеркала и зонда. При осмотре полости рта учитывали наличие кариозных полостей в зубах, число удаленных и непрорезавшихся зубов определяли стираемость временных зубов, отсутствие трем и диастем, а также фиксировали стирание бугорков временных зубов.

Диагностику нарушений функций осуществляли путём сбора анамнеза, визуальной оценки, дополнительных методов обследования у каждого конкретного пациента.

Симптомы нарушения функции дыхания выявляли визуально по следующим признакам: приоткрытый рот, сухая красная кайма губ, широкая переносица, «готическое небо», плоские, со щелевидными входами ноздри. Кроме того детей просили закрыть рот на 10-15 секунд, или набрать в рот воды и попробовать при этом дышать.

Нарушение функции глотания определяли по следующим симптомам: симптомом «наперстка», прокладывание языка между зубами, упор языка в зубы при глотании.

Диагностику нарушения функции жевания проводили с учётом анамнеза (о пищевых привычках: любит ли ребенок твёрдую или протертую пищу, не оставляет ли корочек хлеба, запивает ли пищу водой). Наблюдали за детьми и во время еды.

Соотношение челюстей оценивали в положении центральной окклюзии в трёх плоскостях: сагитальной, вертикальной и горизонтальной, зафиксировав их во время глотания в положении центральной окклюзии, по соотношению ключевых зубов – антогонистов в трёх плоскостях: сагитальной, вертикальной и горизонтальной.

Результаты. В процессе обследования выявлены нарушения функции зубочелюстной системы (дыхания, глотания, жевания) у 65 человек ($77\% \pm 5,2$). Патология функции дыхания выявлена у 11 ($13\% \pm 0,06$) детей, из них у 9 ($88\% \pm 0,89$) – прикус нарушен. У 15 детей, что составляет $17,6\% \pm 4,6$ от общего числа, нарушена функция жевания, из них у 5 ($33\% \pm 5,8$) выявлена патология прикуса, а у 10 обследованных ($67\% \pm 5,8$) нарушений не констатировано.

Нарушение функции глотания отмечено у 65 (77%±5,2) от общего числа детей, из которых у 43 (66%±5,8) диагностирована патология прикуса.

Необходимо отметить, что в процессе исследования у 53 (62,3%±6,0) детей выявлены сочетанные нарушения нескольких функций: у 42 (49,4%±6,2) детей отмечено нарушение функций глотания и жевания, у 8 (9,4%±3,6) нарушена функция глотания и дыхания, и у 3 (3,5%±2,3) нарушена функция глотания, дыхания и жевания.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о нарушении функции зубочелюстной системы у 77%±5,2 обследованных 5-6-летних детей. Учитывая данные обследования, стоматолог обязан своевременно выявить наличие управляемых факторов риска зубочелюстных аномалий, организовать и осуществлять мероприятия по их устранению.

Литература.

1. Воропаева, М.И. Взаимосвязь состояния зубочелюстной системы ребенка с особенностями антенатального периода развития: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.21 / М.И. Воропаева; ММСИ. - М., 1998.
2. Генятуллин, И.И. Факторы риска в возникновении, развитии и профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста: автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.21 / И.И. Генятуллин; КГМИ. - Казань, 1994.
3. Дистель, В.А. Пособие по ортодонтии / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д. Вагнер. - М., 2000.

ОБРАЩАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЗА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Петрович Н.И., Горбачева К.А., Адамчук М.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. У детей, перенесших травматическое повреждение мягких тканей челюстно-лицевой области, а также после оперативных вмешательств при лечении доброкачественных опухолей возникают проблемы, связанные с деформациями, грубыми и обезображивающими рубцами, которые обуславливают в дальнейшем нарушение функции и эстетики [2].

В настоящее время для профилактики и лечения рубцов проводится общее и местное лечение, применяются различные физиотерапевтические методы, хирургическая коррекция. При лечении рубцовых деформаций необходимо учитывать срок давности их образования, так как рубцовая ткань в ближайшие сроки после образования до конца не сформирована, и назначение соответствующих

препаратов позволяет провести профилактику образования патологических рубцов - келоидных и гипертрофических [1].

Цель работы - изучить обращаемость детей с рубцовыми деформациями мягких тканей челюстно-лицевой области за оказанием хирургической помощи в зависимости от пола, возраста и причины их образования.

Объекты и методы. Изучен архивный материал и истории болезни 55 детей с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-я городская детская клиническая больница» г. Минска за период с 2006 по 2010 год.

Результаты. Выявлено, что среди детей с травматическими повреждениями и доброкачественными опухолями мягких тканей челюстно-лицевой области находившихся на стационарном лечении, 2,23±1,99% составляют дети с рубцовыми деформациями мягких тканей. Стационарная хирургическая помощь оказывалась в 2 раза чаще девочкам, чем мальчикам.

Отмечено, что дети с рубцовыми деформациями мягких тканей челюстно-лицевой области обращаются за стационарной хирургической помощью чаще в возрасте 12-17 лет (45,45±6,71%) и 6-11 лет (32,73±6,33%), реже 1-5 лет составили (21,82±5,57%).

Рубцовые деформации мягких тканей челюстно-лицевой области у детей чаще встречаются после склерозирующей терапии (44,18±6,69%) и механических травматических повреждений (32,72±6,32%), реже после лучевой терапии (9,09±3,87%), ожогов (7,27±3,5%), иссечения опухоли и электротравмы (3,63±2,52%).

Дети с рубцовыми деформациями мягких тканей челюстно-лицевой области после перенесенных травматических повреждений находились в стационаре 7,2 койко-дней, после лечения доброкачественных опухолей - 10,7 койко-дней, что в среднем составило 9,0 койко-дней.

Заключение. Среди детей с травматическими повреждениями и доброкачественными опухолями мягких тканей челюстно-лицевой области находившихся на стационарном лечении, дети с рубцовыми деформациями составляют 2,3%, из них чаще девочки, чем мальчики и чаще в возрасте 12-17 лет. Наиболее частой причиной обращения детей является состояние после склерозирующей терапии (44,42%) и после механических травматических повреждений (32,7%).

Литература.

1. Аганян, С.Г. К вопросу о классификации рубцовых поражений челюстно-лицевой области / С.Г. Аганян, А.Г. Стенько // Детская хирургия. - 2009. - № 4 – С. 29-32.
2. Корсак, А.К. Травма челюстно-лицевой области у детей: учеб. пособие / А.К. Корсак. – Минск: БГМУ, 2007. – 102 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИЧИН РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА

Соколова И.И., Ярошенко Е.Г.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Введение. Проблема высокой распространенности и интенсивности кариеса временных зубов у детей раннего возраста очень значима для здравоохранения во всем мире. Среди детей младшей возрастной группы (1-3,5) распространенность кариеса временных зубов составляет 79%, из них у 33% детей - осложненные формы кариеса [1, 3, 4, 5]. Течение кариеса и его осложнений зависит от многих факторов, в том числе и гигиены полости рта.

Целью исследований было изучение уровня прироста интенсивности кариеса, гигиены полости рта и характера питания в грудном возрасте у детей младшей возрастной группы, направленных на лечение на кафедру стоматологии Харьковского национального медицинского университета.

Объекты и методы. Было обследовано 44 ребенка в возрасте от 1 года до 3,5 лет. Всем детям определяли индекс кп, индекс УПИК [2] определяли по следующей методике $УПИК = \frac{кп}{N}$, где N - число полных лет (Е.В. Удовицкая, 2000), градация уровня прироста интенсивности кариеса следующая: показатель до 0,4 - низкий, 0,5-0,8 - средний, 0,9-1,2 - высокий, 1,3 и выше - очень высокий показатель. Проводили анализ анамнеза развития и кормления ребёнка до года и после года жизни.

Результаты. Показатели интенсивности кариеса (кп) и индекса уровня прироста интенсивности кариеса (УПИК) представлены в табл. 1. Полученные данные индекса кп свидетельствуют об очень высокой интенсивности кариеса временных зубов, особенно высокий показатель интенсивности кариеса у детей в возрасте от 37 до 41 месяцев $кп = 5,55 \pm 1,11$.

Таблица 1
Показатели индексов кп и УПИК

Группы	Возраст	Число детей	Показатель интенсивности кариеса (кп)	Показатель индекса УПИК
1	12-18 месяцев	6	$1,9 \pm 0,94$	$2,00 \pm 0,59$
2	19-23 месяца	9	$2,7 \pm 1,18$	$2,08 \pm 0,59$
3	24-29 месяцев	9	$3,5 \pm 1,90$	$2,24 \pm 0,83$
4	30 -36 месяцев	10	$4,2 \pm 0,46$	$2,27 \pm 0,18$
5	37-41 месяцев	10	$5,55 \pm 1,11$	$2,45 \pm 0,48$

Показатели индекса УПИК, у детей которых обследовали был выше, очень высокого показателя этого индекса.

Полученные данные свидетельствуют о том, что всего 47,7% находились на грудном вскармливании.

Таблица 2
Данные кормления детей до 1 года

Группы	Грудное вскармливание до 3-х месяцев	Грудное вскармливание до 6-и месяцев	Грудное вскармливание до 9-и месяцев	Грудное вскармливание до 12-месяцев
1	4	2	-	-
2	5	4	-	-
3	4	5	-	-
4	6	3	1	-
5	5	5	-	-

Также было выяснено у родителей в каком возрасте детям вводились соки и в каком количестве. Многие родители (60%) вводили в прикорм соки в возрасте 3-4 месяцев, 35% в возрасте 6-ти месяцев и 5% в возрасте 8-12 месяцев. Количество потребляемого сока строго контролировалось всеми родителями до 6-ти месячного возраста ребёнка, после 6-месячного возраста большинство родителей строго не контролировали дозировку потребляемого сока, в основном количество потребляемого сока зависело от аппетита ребенка. Также у некоторых детей в грудном возрасте отмечалось ночное питьё из бутылочки соков или подслащённого чая. Было выявлено, что у 39 детей из 44 отмечалось ночное сладкое питьё (ночное сладкое питьё отмечалось у 88,6% детей).

Заключение. Питание детей раннего возраста имеет большое социальное значение и является одной из определённых причин дальнейшего развития и состояния здоровья ребёнка, в том числе стоматологического. Необходимо активизировать проведения лекций, обучающих уроков по теме рационального питания в грудном возрасте для будущих мам, акцентировать их внимание:

на преимуществе грудного кормления, количество углеводов в материнском молоке – 7%, а в молочных детских смесях от 76,5% до 85%;

на правильном введении прикорма – количество потребляемых соков не должно превышать допустимой нормы, а именно $n \times 10$, где n – возраст в месяцах. Родителям необходимо знать, что осветлённые фруктовые соки, соки из цитрусов, бананов повышают кариесогенную ситуацию в полости рта ребёнка. Также недопустимо сладкое ночное питьё.

Литература.

1. Біденко, Н.В. Ранній каріес у дітей: стан проблеми в Україні та світі / Н.В. Біденко // Детская стоматология. – 2007. - № 1. – С. 66-72.
2. Дитяча стоматологія: підруч. [О.В. Удовицька, Л.Б. Лепорська, Т.М. Спірідонова та ін.] – К.: «Здоров'я», 2000. - 296 с.
3. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина, Т.М. Смирнова. – М.: ПолиМедиа Экспресс. – 2001. – 216 с.
4. Минченя, О.В. Заболеваемость кариесом зубов у детей в возрасте 3-6 лет / О.В. Минченя // Современная стоматология (Беларусь). – 2000. - № 2. – С. 55-57.
5. Сайфуллина, Х.М. Кариес зубов у детей и подростков / Х.М. Сайфуллина. – М.: «МЕДпресс», 2000. - 96 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕВИТАЛИЗИРУЮЩЕЙ ПАСТЫ «DEPULPIN» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

**Терехова Т.Н., Боровая М.Л., Мельникова Е.И., Белик Л.П.,
Ковальчук Н.В., Бокша Н.Е., Бернатович Т.Н.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Лечение пульпита зубов у детей – сложная и ответственная задача в практической работе врача-стоматолога, решение которой состоит в том, чтобы быстро ликвидировать болевой синдром, предупредить развитие воспалительного процесса в периодонте зуба и сохранить его функциональную ценность. Современные подходы к терапии пульпита предусматривают возможность их лечения в одно посещение с использованием адекватного обезболивания и окончательной реставрации зуба в то же посещение [3]. Клиническая эффективность витальных методов во многом зависит от знаний и опыта врача, точности техники выполнения метода, поведения ребёнка. В связи с этим методы девитальной ампутации и экстирпации при терапии пульпитов временных и постоянных зубов у детей остаются методами выбора. В детской стоматологии в настоящее время для девитализации пульпы применяют препараты, содержащие параформальдегид, который оказывает воздействие на эндотелий и гладкую мускулатуру сосудов пульпы зуба, развивает в них некробиотические изменения, подавляет экссудативно-воспалительную реакцию и вызывает муфификацию пульпы зуба [1, 2]. В последние годы на стоматологическом рынке Республики Беларуси фирмой «Voco» представлен препарат для девитализации пульпы «Depulpin», который содержит параформальдегид и лидокаина гидрохлорид.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности девитализирующей пасты «Depulpin» при лечении пульпита зубов у детей.

Объект и методы. Проведено лечение пульпитов 67 зубов с применением девитализирующей пасты «Depulpin». Хронический фиброзный пульпит был диагностирован в 60 временных и в 4 постоянных молярах, в 1 временном и в 1 постоянном резце, в 1 временном клыке. В первое посещение проводили обезболивание, препарировали кариозную полость, вскрывали полость зуба, высушивали кариозную полость, и на вскрытую пульпу накладывали девитализирующую пасту «Depulpin» в объеме 2-3 мм. Кариозную полость закрывали временной пломбой без давления с соблюдением герметизма. Время действия девитализирующей пасты составляло в среднем 10-14 дней, при остаточных явлениях жизнеспособности пульпы, девитализирующую пасту накладывали повторно после удаления отмерших фрагментов пульпы.

При оценке клинической эффективности девитализирующей пасты «Depulpin» учитывалось отсутствие или наличие боли после наложения девитализирующей пасты и отсутствие или наличие боли и кровоточивости во время ампутации или экстирпации пульпы.

Результаты. В результате исследования установлено, что после наложения девитализирующей пасты «Depulpin» при лечении хронического пульпита у 10 (14,9±4,3%) детей зарегистрирована боль различной длительности. В течение 10-15 минут зуб болел у 7 (10,4±3,7%) детей, а у 3 (4,5±2,5%) – в течение 1-2 часа (табл. 1).

Таблица 1
Результаты использования девитализирующей пасты «Depulpin»

Критерии оценки	абс.	P±p%
Боль после наложения девитализирующей пасты:		
а) отсутствие боли;	57	85,1±4,3
б) длительность 10-15 минут;	7	10,4±3,7
в) длительность 1-2 часа.	3	4,5±2,5
Боль при ампутации/ экстирпации пульпы:		
а) отсутствие боли;	58	86,6±4,2
б) наличие боли после наложения пасты на:		
10-11 день;	7	10,4±3,7
12 день;	0	0
13-14 день.	2	3,0±2,1
Кровоточивость при ампутации/экстирпации пульпы:		
а) отсутствие	52	77,6±5,1
б) наличие кровоточивости после наложения пасты на:		
10-11 день;		
12 день;	12	17,9±4,7
13-14 день	2	3,0±2,1
	1	1,5±1,5

Безболезненную ампутацию/экстирпацию пульпы удалось провести у большинства детей (86,6±4,2%). У 7 (10,4±3,7) человек были

болезненными ампутиация/экстирпация пульпы на 10-11 день после наложения девитализирующей пасты, а у 2 (3,0±2,1) – на 13-14 день.

Кровоточивость пульпы при ампутиации/экстирпации была зарегистрирована у 15 (22,4±5,1%) человек. У 12 (17,9 ±4,7%) детей кровоточивость определялась на 10-11 день после наложения девитализирующей пасты «Depulpin», у 2 (3,0±2,1%) – на 12 день и у 1 ребёнка (1,5±1,5%) – на 13-14 день.

Заключение. Таким образом, применение девитализирующей пасты «Depulpin» при лечении хронического пульпита зубов у детей показало высокую клиническую эффективность данного препарата. Для лучшего клинического эффекта девитализацию пульпы зубов у детей необходимо проводить в течение 13-14 дней.

Литература.

1. Использование девитализирующих средств при лечении пульпита у детей / Л.П. Белик [и др.]. // Стом. журн. – 2007. - № 2. – С. 161- 163.
2. Использование пасты «Depulpin» при лечении пульпитов зубов у детей / Л.П. Белик [и др.]. // Стом. журн. – 2007. - № 2. – С. 6-7.
3. Козловская, Л.В. Отдаленные результаты терапии хронического фиброзного пульпита у детей методом витальной пульпотомии с применением пасты Tempofore / Л.В. Козловская, М.Н. Ягур, Ж.М. Бурак // Стом. журн. - 2005. - № 4. - С. 29-32.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА «GRANDIO SO»

Терехова Т.Н., Мельникова Е.И., Шаковец Н.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Среди детского населения Республики Беларусь остаются высокими распространённость, интенсивность кариеса зубов и потребность в лечении [4]. При реставрации временных зубов, поражённых кариесом, врач-стоматолог может использовать различные современные пломбировочные материалы: стеклоиономерные цементы, компомеры, композиты [1, 3]. Реставрационные материалы должны быть нетоксичными и биосовместимыми с тканями временного зуба, иметь адгезию к твёрдым тканям и укреплять оставшиеся структуры зуба. Названным требованиям в большей степени соответствуют стеклоиономерные цементы [1, 2]. Однако в настоящее время реставрации во временных зубах должны быть ещё и эстетичными, что можно достичь, применяя современные композиционные материалы [3]. Изготовление высокоэстетичных, прочных и долговечных реставраций зубов видимо станет возможным с разработкой светоотверждаемого

наногибридного рентгеноконтрастного пломбировочного материала «Grandio So». Пломбировочный материал «Grandio So» содержит 89 весовых процентов неорганического наполнителя, интегрированного в матрицу метакрилата, и применяется с эмалево-дентинным бондом, выпускается в шприцах или капсулах.

Цель настоящего исследования – оценить клиническую эффективность наногибридного пломбировочного материала «Grandio So» при реставрации временных зубов.

Объекты и методы. Клиническое использование материала проводилось при реставрации 100 временных зубов по поводу кариеса эмали и кариеса дентина. Кариозные полости локализовались в 39(39±4,87%) зубах на жевательной поверхности, в 10(10±2,89%) – на мезиальной, в 7(7±2,71%) на дистально-окклюзионной, в 4(4±1,95%) на мезиально-окклюзионной, в 15(15±3,57%) на вестибулярной, а в 25(25±4,33%) зубах были поражены все поверхности.

После удаления с поверхности зубов пелликулы щёткой с очищающей пастой определяли необходимый цвет материала путём сравнения увлажнённых прилагаемой шкалы оттенков и зуба. Препарирование твёрдых тканей зубов осуществляли по общепринятой методике с водным охлаждением тканей зубов и полным удалением размягчённых участков эмали и дентина борами с алмазным напылением. Завершали препарирование созданием скоса на эмали. Сухость операционного поля достигали с помощью ватных валиков. При постановке пломб II класса использовали прозрачные матрицы, фиксируемые в апроксимальном участке клинья. Матрица накладывалась перед нанесением самопротравливающего адгезива «Futurabond NC» согласно инструкции по применению. Восстановление анатомической формы зуба проводили послойно, толщиной не более 2 мм, адаптировали подходящим инструментом и затем фотополимеризовали. Финишную обработку пломбы и её полировку осуществляли с помощью финишных алмазных головок с очень мелкой зернистостью и полирама. После чего проводили флюоризацию зуба.

Оценка качества пломб осуществлялась через 1 и 6 месяцев по критериям Ruge [5], которые учитывают анатомическую форму, краевую адаптацию, краевую пигментацию, цветостабильность, шероховатость поверхности. Оценка пломб согласно критериям Ruge происходила 2 экспертами-стоматологами. Если оба эксперта при оценке приходили к разным результатам, отличающимся от критериев Ruge, в такой ситуации предусматривали повторное исследование обоими экспертами, и документировали как оценочную более плохую степень оценки.

Лечение детей проводилось после информированного согласия родителей на медицинское вмешательство.

Статистическая обработка полученных результатов производилась с применением критерия Стьюдента.

Результаты. В результате исследования установлено, что через 1 месяц, как жизнеспособность зубов, так и их анатомическая форма, структура и цвет, а также цвет, краевое прилегание пломб сохранились в 100% наблюдений (табл. 1). Как видно из таблицы спустя 6 месяцев пломбы и зубы выглядели очень хорошо клинически (оценка А1) в 52(52±4,9%) наблюдениях. Зубы и пломбы выглядели хорошо, но имелись не требующие реконструкции сколы эмали зуба, не определяемые зондом трещины эмали (оценка А2) в 29(29±4,5%) наблюдений. В 2(2±1,4%) наблюдениях зуб и пломба выглядели неудовлетворительно, имелись сколы эмали с обнажением дентина и прокладки (оценка С), оценка D была выставлена в 17(17±3,7) наблюдениях, из них 10(10±3,0%) зубов и пломб клинически выглядели плохо, а в 7(7±2,5%) пломбы выпали.

При анализе жалоб пациентов выявлено, что в 74(74±4,3%) наблюдениях пациенты не предъявляли жалоб, а зубы и пломбы выглядели очень хорошо клинически (оценка А1), в 9(9±2,8%) наблюдений выставлена оценка А2, когда зубы и пломбы выглядели хорошо, но имелись жалобы на периодические боли в течение недели после наложения пломбы, не требующие лечения. В 1(1±0,9%) наблюдении имелись жалобы на боли средней силы в течение месяца после наложения пломбы, не требующие лечения (оценка В). К критерию С отнесено 16(16±3,6%) зубов, в 7(7±2,5%) из них выпали пломбы, но жалоб на боли не было, в 9(9±2,8%) зубах пломбы выглядели неудовлетворительно, имелись жалобы на периодические боли в течение месяца, поэтому запланировано лечение этих зубов, к критерию D не отнесен ни один зуб, так как жалоб на постоянные нетерпимые боли, требующих лечения корневых каналов не было выявлено.

Превосходный переход от твердой ткани зуба к материалу пломбы (А1) зафиксирован в 53(53±4,9%) наблюдениях, у 9(9±2,8%) пломбах выявлялись видимые погрешности в краевой области без обнаружения краевой щели (А2). Вершина зонда проникала в щель между материалом пломбы и твердой тканью зуба (В) в 8(8±2,7%) зубах, а в 10(10±3%) обнаружена краевая щель, простирающаяся до прокладки (С). Критерий «дельта» применён в 20 (20±4%) наблюдений, когда обнаружен перелом, частичное или полное выпадение пломбы.

Таблица 1
 Результаты оценки качества пломб с применением композиционного материала
 «Grandio So»

Критерии качества	Результат			
	Через 1 месяц		Через 6 месяцев	
	абс.	P±p, %	абс.	P±p, %
Сохранность зуба				
A1	75	75±4,3	52	52,0±4,9
A2	23	23±4,2	29	29,0±4,5
B	2	2,0±1,4	0	0
C	0	0	2	2,0±1,4
D	0	0	17	17,0±3,7
Жалобы пациента				
A1	100	100	74	74,0±4,3
A2	0	0	9	9,0±2,8
B	0	0	1	1,0±0,9
C	0	0	16	16,0±3,6
D	0	0	0	0
Краевое прилегание пломбы				
A1	97	97,0±1,7	53	53,0±4,0
A2	3	3,0±1,7	9	9,0±2,8
B	0	0	8	8,0±2,7
C	0	0	10	10,0±3,0
D	0	0	20	20,0±4,0
Анатомическая форма				
A	100	100	57	57,0±4,9
B	0	0	13	13,0±3,3
C	0	0	30	30,0±4,5
Наличие вторичного кариеса				
A	100	100	94	94,0±2,3
B	0	0	6	6,0±2,3
Цвет пломбы				
O	100	100	62	62,0±4,8
A	0	0	25	25,0±4,3
B	0	0	4	4,0±1,9
C	0	0	9	9,0±1,4
Цвет зуба				
A	100	100	58	58,0±4,9
B	0	0	33	33,0±4,7
C	0	0	9	9,0±2,8
Структура зуба				
R	100	100	53	53,0±4,9
S	0	0	29	29,0±4,5
T	0	0	1	1±0,9
V	0	0	17	17,0±3,7

Материал пломбы непрерывно переходил в анатомические структуры зуба в 57(57±4,9%) наблюдениях (A). К критерию «браво» отнесено 13 (13±3,3%) пломб, в которых выявлен перерыв между материалом пломбы и тканями зуба или недостача материала без обнажения дентина или прокладки. Анатомическая форма 30(30±4,5%)

пломб отнесена к критерию «чарли». Так как 7(7±2,5%) из них выпало, а в 23(23±4,2%) зубах обнажены прокладки или дентин.

Вторичное поражение кариесом (критерий, «браво») диагностировали в 6(6±2,3%) зубах, а 94(94±2,3%) зуба соответствовали критерию «альфа», так как в них не выявлено кариозного изменения твердых тканей.

С 30-сантиметрового расстояния пломбу нельзя было распознать в 62(62±4,8%) наблюдениях, и цвет пломб оценивали как «оскар». Лёгкое отклонение цвета зафиксировано у 25 (25±4,3%) пломб и они оценены критерием «альфа». Видимое несоответствие в цвете или прозрачности по сравнению с естественным зубом зарегистрировано у 4(4±1,9%) пломб (критерий «браво»). Различие цвета между пломбой и окружающей твёрдой тканью вне физиологической ширины цвета или прозрачности зуба зарегистрировано у 2(2±1,4%) пломб, которые соответствовали критерию «чарли». Цвет 7 (7±2,5%) пломб не оценивали по причине их выпадения.

При определении наличия возможного изменения цвета зуба у краёв пломбы зафиксировано изменение цвета у края пломбы в 33(33±4,7%) наблюдениях (оценка «браво»). Оценку «чарли» получили 9(2,8%) пломб. Более чем у половины пломб (58±4,9%) не зафиксировано изменение цвета у края.

Поверхность 53(53±4,9%) пломб была гладкая, не обнаружено изменения прилегающих мягких тканей (оценка «ромео»). Оценке «Sierra» соответствовали 29(29±4,5%) пломб, поверхность которых была шероховатая с углублениями, но после полировки пломба могла быть оценена как «альфа». Поверхность 1(1±0,9%) пломбы имела углубления, которые после полировки не могут быть устранены («т»), а 17(17±3,7%) пломб получили оценку «виктор», так как имели сколы или выпали.

Заключение. Таким образом, светоотверждаемый наногибридный рентгенконтрастный пломбировочный материал «Grandio So» можно рекомендовать для реставрации временных зубов при неосложненном кариесе. Наилучшие ближайшие результаты получены при восстановлении кариозных поражений на окклюзионной поверхности зуба.

Литература.

1. Использование стеклоиономерных цементов при лечении кариеса зубов в детской стоматологии / В.П. Михайловская [и др.]. // Современная стоматология. – 2009. - № 1. – С. 10-14.
2. Корчагина, В.В. Лечение кариеса у детей раннего возраста / В.В. Корчагина. - М., 2008. – 167 с.
3. Опыт применения компомера в клинике терапевтической стоматологии детского возраста / Л.В. Козловская [и др.]. // Современная стоматология. – 2008. - № 3. – С. 43-47.
4. Эпидемиология стоматологических заболеваний среди детского населения Республики Беларусь / Т.Н. Терехова [и др.]. // Современная стоматология. – 2009. - № 3-4. – С. 28-30.

5. Ryge, G. Recommended format for protocol of clinical research program. Clinical comparison of several anterior and posterior restorative materials / G. Ryge, J.W. Stanford // Int. Dent. J. – Vol. 27. – P. 46–57.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МОЛОДЫХ МАТЕРЕЙ О МЕТОДАХ КАРИЕСПРОФИЛАКТИКИ

Шаковец Н.В., Терехова Т.Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. В последние десятилетия во многих странах мира наряду с неуклонным снижением распространенности кариеса зубов у населения стоматологи отмечают рост кариозной патологии у детей первых лет жизни [4, 7].

До конца XX столетия для описания кариозного поражения зубов у детей раннего возраста использовались различные термины. И только в 1994 году этому заболеванию было дано определение «ранний детский кариес» (РДК), подразумевающее наличие одного или более кариозного поражения (с дефектом и без дефекта), удаленного зуба (по поводу кариеса) или запломбированной поверхности в любом временном зубе у ребёнка в возрасте 71 месяц и ранее [1]. На сегодняшний день в специальной литературе термин «ранний детский кариес» используется для определения любого кариозного поражения на любой поверхности зуба, возникшего в первые три года жизни ребёнка [2, 3, 9].

Ранний детский кариес – это особо вирулентная форма заболевания, развивающаяся в условиях нерационального вскармливания [8]. Большое влияние на возникновение раннего детского кариеса оказывают также социальные и поведенческие факторы риска, которые зачастую являются следствием нездорового образа жизни и низкого уровня информированности [5]. Несбалансированное питание, нерегулярные стоматологические осмотры, плохая гигиена полости рта способствуют возникновению как общих, так и стоматологических заболеваний [6]. В семьях с подобными поведенческими факторами риск развития кариеса у детей особенно высокий.

Наибольшее влияние на развитие и воспитание ребёнка оказывают родители. Модель поведения передается из поколения в поколение, так как родители служат образцом для ребёнка. Они формируют ценности и потребности ребёнка, определяют его образ жизни на многие годы.

Цель исследования - оценить информированность матерей о методах профилактики кариеса зубов и их готовность применять их у своих детей.

Объекты и методы. Для проведения исследования была составлена анкета, которая включала вопросы о регулярности визитов матерей к стоматологу, характере гигиенического ухода за полостью рта, использовании жевательной резинки с ксилитом, а также режима кормления ребёнка, потребления соков и других сахаросодержащих напитков, чистки зубов детей. Согласились ответить на вопросы анкеты 108 матерей детей первого года жизни, пришедшие на плановую вакцинацию в УЗ «3-я городская детская клиническая поликлиника» г. Минска. Стоматологический осмотр матери с регистрацией интенсивности кариеса зубов по индексу КПУ и гигиены полости рта по индексу ОНI-S проводили в стоматологическом кабинете. Для обработки полученных результатов использовались стандартные методы статистики.

Результаты. Средний возраст матерей составил 27,1 года, детей – 8,3 месяца. Половина опрошенных матерей (50,9%) имели высшее образование и 9,3% - неоконченное высшее, четверть матерей (24,1%) получили средне-специальное образование и 15,7% среднее образование. Большинство женщин были городскими жителями, 17,6% переехали в город из сельской местности не менее трех лет назад. Средний показатель индекса КПУ матерей составил $11,2 \pm 0,44$. Три мамы отказались от осмотра, сославшись на плохое состояние зубов. Значение индекса ОНI-S варьировало в пределах от 0,5 до 3,5, составив в среднем $1,52 \pm 0,07$. Принявшие участие в исследовании указали, что интересовались и читали о методах профилактики кариеса зубов во время беременности (95,4%), и многие из них (74,1%) полагали, что информированы о данных методах в достаточной степени.

Практически все женщины (98,2%) указали, что чистят свои зубы не реже одного раза в день с фторсодержащей пастой и посещают стоматолога (71,3%) не реже одного раза в год. На вопрос «является ли кариес инфекционным заболеванием» затруднились ответить 12%, ответили отрицательно 15,7%. Выразили свое желание питаться здоровой пищей и сократить количество перекусов 74,1% опрошенных, из них 71,3% намеревались жевать жевательную резинку с ксилитом.

76,9% матерей были согласны удерживать ребенка во время кормления на руках и давать пить в ночное время только воду, а не сок или молоко. Посчитали необходимым отучить малыша от питья из бутылочки к 12-месячному возрасту 77,3% анкетированных. Большинство мам (81,5%) ответили, что для утоления жажды будут давать ребенку воду, а сок не чаще 1-2 раз в день. В основном (70,4%) мамы планировали начать чистить зубы своему малышу как минимум 1 раз в день с небольшим количеством зубной пасты с 12-месячного

возраста. Фторсодержащую детскую зубную пасту планируют использовать лишь 10,2% участников анкетирования.

Наличие слюнных контактов с ребёнком подтвердили более половины (59,1%) матерей. Наиболее часто (63%) мамы отвечали, что пробуют еду из ложки ребенка.

Матери, имеющие высшее образование, были более информированы о методах профилактики кариеса, однако в большинстве ответов разница была недостоверной. Также не было выявлено взаимосвязи между уровнем образования и интенсивностью кариеса зубов ($r=0,17$). Слабая корреляционная связь была выявлена между знаниями матерей об инфекционной природе кариеса зубов и наличием слюнных контактов с ребенком ($r=0,21$).

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования не выявлено значительной разницы между знаниями молодых матерей о кариеспрофилактических методах и социально-демографическими факторами. Это свидетельствует о том, что женщины получают необходимую информацию не зависимо от их постоянного места жительства, уровня образования и возраста. Медицинскому персоналу следует направлять усилия на то, чтобы знания матерей реализовывались и применялись ими в повседневной жизни при воспитании детей и привитии им навыков здорового образа жизни.

Литература.

1. American Academy of Pediatric Dentistry, Originating Council: Definition of Early Childhood Caries (ECC) // *Pediatr. Dent.* - 2003. - Vol. 25. - P. 9.
2. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. A report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration / T.F. Drury [et al.]. // *Journal of Public Health Dentistry.* - 1999. - Vol. 59. - № 3. - P. 192-197.
3. Ismail, A.I. Prevention of early childhood caries / A.I. Ismail // *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* - 1998. - Vol. 26. - Suppl 1. - P. 49-61.
4. Kagihara, L.E. Assessment, management, and prevention of early childhood caries / L.E. Kagihara, V.P. Niederhauser, M. Stark // *J. Am. Acad. Nurse Pract.* - 2009. - Vol. 21. - № 1. - P. 1-10.
5. Petersen, P.E. Sociobehavioural risk factors in dental caries: international perspectives / P.E. Petersen // *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* - 2005. - Vol. 33. - P. 274-279.
6. Petersen, P.E. World Health Organization global oral health strategies for oral health promotion and disease prevention in the twenty-first century / P.E. Petersen, S. Kwan // *Pravention und Gesundheitsforderung.* - 2009. - Vol. 4. - № 2. - P. 100-104.
7. Splieth, C.H. Oral health in toddlers / C.H. Splieth, A. Treuner, C. Berndt // *Pravention und Gesundheitsforderung.* - 2009. - Vol. 4. - P. 119-123.
8. Tanzer, J.M. The microbiology of primary dental caries in humans / J.M. Tanzer, J. Livingston, A.M. Thompson // *Journal of Dental Education.* - 2001. - Vol. 65. - № 10. - P. 1028-1037.
9. Twetman, S. Infant oral health / S. Twetman, F. Garcia-Godoy, S.J. Goepferd // *Dental Clinics of North America.* - 2000. - Vol. 44. - № 3. - P. 487-505.

ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Шилова М.А., Альховик Т.Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Среди аллергических заболеваний у детей, обусловленных пищевой аллергией, атопический дерматит встречается наиболее часто. Атопический дерматит у детей характеризуется хроническим рецидивирующим течением, полиморфностью клинических проявлений [1]. Клинические и лабораторные исследования свидетельствуют об изменениях со стороны эндокринной, нервной и других систем организма при данном заболевании. Поражение твёрдых тканей зубов у детей с атопическим дерматитом по данным О.Ю. Кузнецовой, А.Ф. Ахмеровой (1997), Н.А. Забелиной, М.А. Шиловой (1998, 2000) отмечается в пределах 90-100% наблюдений [2, 3]. В настоящее время функциональное и клиническое состояние органов полости рта у данной категории пациентов изучается очень активно.

Целью исследования явилось изучение состояния органов полости рта у детей больных атопическим дерматитом.

Объекты и методы. Было обследовано 34 ребенка больных атопическим дерматитом в возрасте от 3 до 15 лет. Все дети находились на стационарном лечении в аллергологическом отделении УЗ «4-я детская городская клиническая больница» г. Минска. Осмотры детей проводили в стоматологическом кабинете в первые сутки госпитализации с использованием стандартного набора стоматологического инструмента, при адекватном искусственном освещении. При клиническом обследовании учитывали сопутствующие и перенесённые заболевания. Базовое обследование включало осмотр губ, слизистой оболочки полости рта, языка согласно следующим критериям: цвет, отёчность, рисунок, элементы поражения, влажность. Полученные данные были обработаны методами медицинской статистикой.

Результаты. Анализируя истории болезни, было выявлено, что у большинства детей с атопическим дерматитом (27 детей; 79,4±6,93% обследованных) наблюдается сопутствующая патология. Так, хронические заболевания со стороны органов дыхания отмечены у 4(11,76±5,52%) детей, лекарственная непереносимость у 11(32,35±8,02%) детей. У большинства обследованных детей 19(55,89±8,51%) наблюдались заболевания органов желудочно-кишечного тракта в виде хронических гастритов,

гастроуденитов, колитов. По данным аллергологического анамнеза пищевая непереносимость сформировалась у детей (64,71%) в возрасте до года на фоне грудного вскармливания. Кроме того, у большинства (88,23%) обследованных детей отмечался отягощенный семейный аллергологический анамнез.

Результаты клинического обследования свидетельствуют, что течение атопического дерматита в стадии обострения у детей сопровождается различными изменениями со стороны органов полости рта. Так, со стороны красной каймы губ наблюдались: атопический хейлит (73,53±7,57% детей), хронические трещины губ и углов рта (26,46±7,56%). Часто отмечались сухость, шелушение кожи в углах рта (38,23±8,33%), и сухость красной каймы губ (35,29±8,19% обследованных детей).

При осмотре слизистой оболочки полости рта у большинства обследованных детей (29 осмотренных; 85,29±6,07%) обращало на себя внимание наличие петехий в области слизистой оболочки мягкого и твёрдого нёба, щёк. Сухость слизистой оболочки отмечалась у 27 детей (79,41±6,93%). Так же были выявлены: диффузная умеренная гиперемия слизистой у 20 (58,82±8,44%) детей и отёчность в боковых участках (28 обследованных; 82,35±6,54%).

В то же время, при осмотре языка у детей констатировались следующие симптомы: диффузная обложенность белым налётом (24 ребенка; 70,58±7,81%), десквамативный глоссит (13 детей; 38,23±8,33%), гипертрофия грибовидных сосочков (15 обследованных; 44,12±8,51%). Наряду с этим, было отмечена у 18 детей (52,94±8,56%) отёчность слизистой языка, особенно в области боковых поверхностей. Надо отметить, что вкусовые и чувствительные изменения были выявлены у обследованных 3 детей (8,82±4,86%).

Заключение. У большинства детей больных атопическим дерматитом имеются изменения со стороны слизистой оболочки полости рта в виде петехий, сухости, гиперемии и отёчности. При этом наиболее часто выявляются десквамативный глоссит и обложенность языка.

Литература.

1. Геппе, Н.А. Аллергия у детей. Основы лечения и профилактики. Образовательная программа / Н.А. Геппе, В.А. Ревякина. - М., 2002. - 120 с.
2. Забелина, Н.А. Состояние слизистой оболочки полости рта у детей, больных алергодерматозами / Н.А. Забелина // Современ. стоматология. - 2000. - № 4. - С. 15-17.
3. Шилова, М.А. Характеристика стоматологического статуса детей больных бронхиальной астмой / М.А. Шилова // Труды молодых ученых МГМИ: Сб. науч. тр. - Минск, 1998. - С. 261-264.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ОРАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Александрова Л.Л., Довнар А.Г.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Широкое нерациональное применение антибактериальных препаратов, рост числа заболеваний, сопровождающихся иммунодефицитными состояниями, приводят к увеличению поражений различных органов и тканей организма человека патогенными и условно-патогенными грибковыми инфекциями, к числу которых на основании классификации МКБ-10С (1997) относится и кандидоз слизистой оболочки полости рта (СОПР). К возникновению данного заболевания в полости рта предрасполагает наличие таких экологических ниш, как кариозные полости, инфицированные корневые каналы и периодонтальные карманы, зубные протезы, уже имеющиеся заболевания СОПР [4]. Однако основными причинами орального кандидоза являются хроническая соматическая патология, вызванная различными причинами, иммуносупрессия, предшествующее лечение антибактериальными и гормональными препаратами [1, 2, 4].

В большинстве наблюдений (от 50% до 90%) кандидоз полости рта вызывается грибами *Candida albicans* [2]. Однако в последнее время кандидоз может быть обусловлен другими видами грибов рода *Candida* - non-*albicans* spp., и различными дрожжеподобными грибами в целом, отличающимися своими свойствами (биохимическими и т. д.), изначальной природной чувствительностью к антимикотическим препаратам [2, 3]. Клинически это проявляется разнообразной симптоматикой заболевания, что затрудняет диагностику и выбор лечения. В этой связи, при первичном клиническом обследовании пациентов с подозрением на грибковую инфекцию СОПР возможна постановка только предварительного диагноза. Для верификации диагноза необходимо тщательное микробиологическое исследование с расширенным набором диагностических сред, использование точных и современных методов идентификации грибковой флоры.

Цель работы – провести ретроспективный анализ результатов исследований на грибы рода *Candida* со слизистой оболочки полости рта и ротоглотки.

Объекты и методы. За период с 2007 по 2011 годы проведён ретроспективный анализ результатов бактериологического исследования соскобов с различных участков СОПР и глотки на грибы р. *Candida* и другие дрожжеподобные грибы по данным электронной базы микробиологической лаборатории ГУ «Минского городского Центра гигиены и эпидемиологии» (МинЦГЭ), в которой содержатся результаты исследований по 86 лечебным учреждениям г. Минска и журнала регистрации посевов на грибы р. *Candida* бактериологической лаборатории УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» (ГКВД). В результатах исследований оценивалась информация о выявлении дрожжеподобных грибов и их видах. При проведении исследования на кандидоз СОПР в УЗ «ГКВД» за исследуемый период использовалась видовая идентификация дрожжеподобных грибов с помощью биохимического метода ферментации четырёх основных углеводов, содержащихся в среде 1% пептонного агара и дальнейший подсчёт числа колоний высеянных штаммов. В лаборатории МинЦГЭ для идентификации возбудителя использовалась автоматизированная система Vitek 2 compact, которая позволяет провести точную идентификацию (точность определения – до 99%) возбудителя на основании его биохимических свойств. Подсчёт колоний при этом не производился.

Полученные результаты обработаны методами описательной статистики с помощью программы BIOSTAT 4.03 для Windows и Microsoft Excel (версия 7.0).

Результаты. Анализ результатов бактериологических посевов УЗ «ГКВД» показал, что из 2380 исследований соскобов слизистых оболочек полости рта и глотки у пациентов с подозрением на кандидоз в 998 наблюдений (41,93%) отмечался рост дрожжеподобных грибов. В лаборатории ГУ «МинЦГЭ» учёт общего числа исследований на кандидоз не проводился, регистрировались только положительные результаты посевов, число которых составило 5788 штаммов грибов, из них из полости рта выделено 774 ($13,4 \pm 0,45\%$) штамма, из ротоглотки - 5014 ($86,6 \pm 0,45\%$).

В структуре выявленных дрожжеподобных грибов в обоих учреждениях наиболее часто идентифицируемым микроорганизмом является *S. albicans* - 4955 штаммов ($73,02 \pm 0,54\%$), non-albicans spp. составили 25,29%, другие дрожжеподобные грибы – 1,69% (рис. 1). Среди non-albicans spp. в незначительном количестве выявлены: *S. tropicalis*, *S. pseudotropicalis*, *S. parapsilosis*, *S. glabrata*, *S. famata*, *S. crusei*, *S. rugosa* и др., из других дрожжей - *Cryptococcus laurentii*, *Trich. capitatus*, *Saccharomyces cerevisiae*.

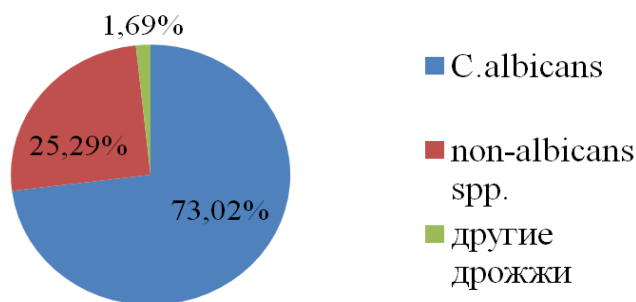


Рис. 1 Результаты микробиологической идентификации выделенных дрожжеподобных грибов по данным «ГКВД» и «МинЦГЭ».

В структуре посевов из «ГКВД» *C. albicans* составляет $81 \pm 1,24\%$, *non-albicans spp.* – $8,12 \pm 0,86\%$, неидентифицируемые дрожжи – $10,92 \pm 1,0\%$; в результатах «МинЦГЭ» *C. albicans* составляет $71,65 \pm 0,59\%$, *C. spp.* – $28,25\% \pm 0,57\%$, другие дрожжи – $0,1 \pm 0,09\%$ (рис 2).

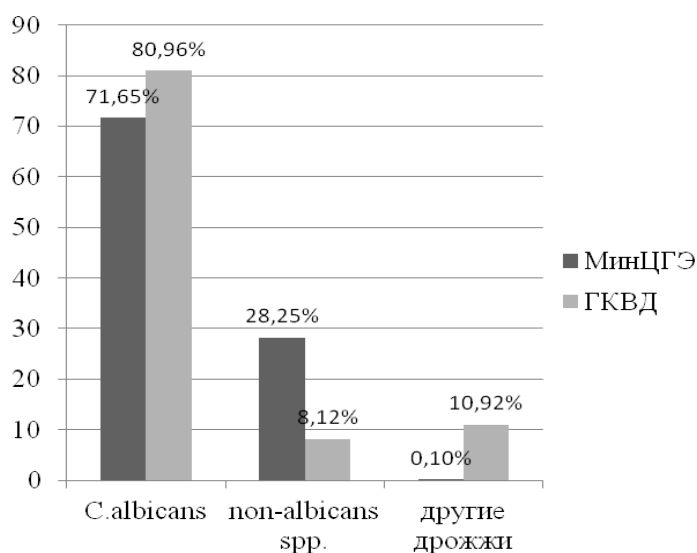


Рис. 2 Сравнительная характеристика микробиологической идентификации выделенных культур дрожжеподобных грибов по «ГКВД» и «МинЦГЭ».

Заключение. При верификации орального кандидоза по данным УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» у пациентов в $41,93\%$ наблюдался рост дрожжеподобных грибов. Наиболее часто идентифицируемым микроорганизмом в обоих учреждениях является *C. albicans* ($73,02 \pm 0,54\%$). В $25,29\%$ были выявлены *non-albicans* виды грибов рода *Candida*, другие дрожжеподобные грибы – в $1,69\%$ наблюдений.

В анализах определения грибковой флоры с помощью биохимического метода ферментации четырех основных углеводов

спектр видового исследования значительно уже, чем получаемый с использованием системы Vitek. В то же время, при верификации кандидоза с помощью автоматизированных систем идентификации нет данных о числе колоний выделенного штамма, что затрудняет существующую классическую методику постановки диагноза на основании их подсчёта. Диагноз оральный кандидоз следует выставлять при наличии в результатах посевов всех видов дрожжеподобных грибов (*C.albicans*, *non-albicans spp.*, другие дрожжеподобные грибы), идентифицированных с высокой степенью вероятности.

Таким образом, использование различных критериев оценки и схем учёта результатов затрудняет их сопоставимость и не всегда позволяет проанализировать достоверность исследований. Необходимо сотрудничество лаборанта-микробиолога и клинициста на этапе обследования пациента и верификации диагноза.

Литература.

1. Сахарук, Н.А. Кандидоз: этиология, клиника, диагностика, лечение / Н.А. Сахарук, В.В. Козловская. – Витебск: ВГМУ, 2010. - 191 с.
2. Сергеев, А.Ю. Кандидоз / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. – М., 2001. - 441 с.
3. Fungal biofilms and drug resistance / M.A. Jabra-Rizk [et al.]. // Emerging Infectious Diseases. – 2004. - Vol. 10, № 1. – P. 14-19.
4. Xu, Y. Multifactor analysis of predisposing factors of oral candidosis in adults / Y. Xu, B. Hu // Chung Hua Kou Chiang Hsueh Tsa Chih. - 1998. - Vol. 31. - № 1. - P. 40-41.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «VECTOR» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИОДОНТА

Брундукова О.Н., Юхимук Т.В.

*ГУ «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Заболевания периодонта широко распространены среди всех возрастных групп взрослого населения. Поэтому проблема эффективного лечения заболеваний периодонта в современной стоматологии занимает одну из главенствующих позиций. Подавляющее большинство болезней периодонта - воспалительные поражения десны и подлежащих тканей, вызваны микробной биопленкой и носят хронический характер. Несмотря на новые теории и разработки, периодонтологическое лечение ведется в строгом соответствии с концепцией борьбы с микробной биопленкой (Slots et al., 1999). In vivo биопленка может быть удалена только механически. Использование системы «Vector» направлено на создание и поддержание оптимального биологически приемлемого состояния поверхности корня. Показаниями

для использования данного аппарата являются: гингивит; хронический генерализованный и локализованный периодонтит различных степеней тяжести; быстро прогрессирующий периодонтит; ювенальный периодонтит; переимплантиты; обработка нависающих краев реставраций, полировка пломб.

Цель работы - изучение эффективности применения аппарата «Vector» в комплексном лечении заболеваний периодонта.

Объекты и методы. Пациентка Ю.З. Королевич 23 года. Обратилась с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов и периодическую ноющую боль в области зубов 3.7, 4.6. Клиническая картина была следующей. Десна гиперемирована, отёчна, кровоточит при зондировании. Определяются периодонтальные карманы. Глубина зондирования в области зуба 4.6 - 6 мм, 3.7 - 4 мм. На рентгенограмме определяется вертикальная резорбция костной ткани в области зуба 4.6 - 2/3 длины корня зуба, в области зуба 3.7- 1/3. Пациентке было проведено лечение: мотивация, обучение гигиене полости рта, профессиональная гигиена, обработка зубов 4.7, 4.6, 3.7, 3.6 аппаратом «Vector», избирательное пришлифовывание зубов. Поддерживающая терапия с применением аппарата «Vector» проводилась 4 раза в год.

Результаты. Через четыре года после начала лечения глубина зондирования уменьшилась в области зуба 4.6 до 3 мм, в области зуба 3.7 - до 2 мм. На рентгенограмме: резорбция костной ткани в области зуба 4.6 - 1/3 длины корня, в области зуба 3.7 резорбция костной не определяется.

Заключение. Использование аппарата «Vector» в составе комплексного лечения заболеваний периодонта следует считать эффективным. Результаты представленного наблюдения позволяют рекомендовать систему «Vector» к более широкому внедрению в качестве метода выбора.

Литература.

1. Вольф, Г.Ф. Пародонтология / Г.Ф. Вольф, Э.М. Ратейцхак, К. Ратейцхак; пер. с нем.; под ред. Г.М. Барера. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 548 с.
2. Руле, Ж.Ф. Профессиональная профилактика в практике стоматолога: атлас по стоматологии / Ж.Ф. Руле, С. Циммер. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 368 с.
3. Леус, П.А. Стоматологическое здоровье населения: учеб. пособие / П.А. Леус. - Минск: БГМУ, 2009. - 256 с.
4. Сарапульцева, М.В. Уровень болевого симптома у пациентов при применении разных типов ультразвуковых скейлеров / М.В. Сарапульцева, И.А. Шляхтова // Пародонтология. - № 4 (53). - 2009. - С. 26-31.

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Ваневская Е.А., Кузнецова У.С., Мандра Ю.В., Жегалина Н.М.

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Современное развитие общества выдвигает всё новые требования к образованию. Образовательный процесс подразумевает большой объём информации и повсеместную компьютеризацию. Несмотря на это, главное условие личностного роста – здоровье молодежи. По данным специальной литературы отмечается снижение уровня здоровья среди людей молодого возраста, что негативно отражается на трудоспособности студентов [1].

Цель исследования – изучить медико-социальный статус студентов 1 курса стоматологического факультета.

Объекты и методы. Исследование проводилось на базе стоматологической поликлиники ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» с сентября по декабрь 2011 года. В нём приняли участие 100 студентов 1 курса стоматологического факультета в возрасте 17-18 лет. Исследование включало 2 этапа: 1) анкетирование; 2) клиническое стоматологическое обследование.

На первом этапе 100 респондентам была предложена анкета, содержащая вопросы, касающиеся профилактики стоматологических заболеваний, наследственности и настоящего состояния здоровья, а также образа жизни. После чего подсчитывался индекс массы тела (ИМТ).

На втором этапе каждый студент был осмотрен врачом-стоматологом. По результатам осмотра подсчитывали индекс КПУ. Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью упрощенного индекса гигиены Грина–Вермилиона (ОHI-S), состояние тканей пародонта – с помощью индекса РМА. Помимо этого проводили осмотр слизистой оболочки полости рта с целью выявления патологических элементов [2, 3]. Анализ полученных данных и оценку достоверности различий средних величин проводили с использованием критерия Стьюдента. Изменения показателей считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. При подсчете ИМТ было выявлено, что 76% студентов имеют нормальную массу тела, 21% - дефицит массы тела, 3% - избыточную.

Анализ блока вопросов, касающихся профилактики стоматологических заболеваний показал, что 91% опрошенных чистит зубы 2 раза в день, 7% - после каждого приёма пищи, 2% - не регулярно.

Дополнительные средства гигиены применяют 15% опрошенных. Частота посещения стоматолога в среднем составила 1,1 раза в год.

Состояние своего здоровья в настоящее время 66% оценивают как хорошее, 34% - как удовлетворительное. Студенты, давшие удовлетворительную оценку, отмечают наличие сопутствующих заболеваний. В связи с этим, а также с целью профилактики 65% респондентов периодически или регулярно принимают лекарственные препараты и витаминные комплексы.

Изучение ответов на вопросы об образе жизни показало, что диету соблюдают 15% респондентов, 86% не имеют ограничений в питании. 79% по результатам анкетирования не курят, 22% - курящие. Среди других вредных привычек студенты отметили частое употребление горячего чая, кофе, злоупотребление газированными напитками, прикусывание щеки, «щёлканье» семечек, причем многие из них не оценивали эти пристрастия как негативные и не пробовали отказаться от них.

Данные клинического стоматологического обследования свидетельствуют о том, что среднее значение индекса КПУ у студентов 1 курса стоматологического факультета составляет 10,26. В санации полости рта нуждаются 76% обследованных. При этом 56% имеют удовлетворительный уровень гигиены полости рта (ОНИ-S=0,7-1,6), 38% - неудовлетворительный (ОНИ-S=1,7-2,5), 7% - хороший (ОНИ-S=0-0,6). Воспаление папиллярной и маргинальной десны наблюдается у 70% обследованных (РМА=13,5-32,5), отсутствие воспаления – у 30%.

Таким образом, анкетирование студентов 1 курса стоматологического факультета выявило невысокую информированность о состоянии своего здоровья и мотивацию к его сохранению и лечению. Отклонения от нормы по показателю ИМТ имели 24% студентов, а 66% - хроническую сопутствующую патологию и нуждались в диспансеризации. Из числа обследованных 76% нуждались в санации полости рта.

Заключение. Анализ результатов проведенного исследования убеждает, что стоматологическое просвещение и развитие профессиональной грамотности необходимы и являются важным условием медико-социального благополучия.

Литература.

1. Культура стоматологического здоровья студенческой молодежи города Челябинска / О.И. Филимонова, Л.И. Худякова // Уральский мед. журн.: Труды Челябинской государственной медицинской академии. - Челябинск: ГОУ ВПО ЧГМА, 2011. - № 5. - С. 61-64.
2. Методологические основы изучения качества жизни, связанного со здоровьем населения / В.З. Кучеренко // Главный врач. – 2004. - № 12. - С. 31-37.

3. Состояние полости рта, качества жизни и отношения лиц молодого возраста к посещению стоматолога / Р.М. Дюмеев [и др.]. // Актуальные вопросы стоматологии: материалы Всерос. науч.-практ. конф. - Уфа: Сибмедиздат, 2009. - С. 298-300.

ИЗУЧЕНИЕ СТАТУСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Ваневская Е.А., Мандра Ю.В.

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Многообразие клинических проявлений, массовая инфицированность населения отдельными типами герпеса, а также высокая контагиозность вируса позволили ВОЗ отнести герпетическую инфекцию в группу болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии. У большинства носителей вирус находится в латентном состоянии. Причинами обострения и развития клинических проявлений являются факторы, приводящие к снижению иммунологического статуса. Проблема предотвращения рецидивов герпетической инфекции является актуальной в стоматологической практике, так как часто является причиной срыва приема врача-стоматолога, увеличивает продолжительность лечения, снижает качество жизни пациентов.

Цель исследования – изучение соматического, социального и стоматологического статуса пациентов, страдающих рецидивирующим герпетическим стоматитом.

Объекты и методы. Были проанализированы истории болезни пациентов, обратившихся в стоматологическую поликлинику ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» в период времени с сентября 2010 по январь 2012 года. Для статистического анализа были отобраны 42 амбулаторные карты лиц, которые в анкете о состоянии здоровья отметили факты появления герпетических высыпаний. Предложенная пациентам анкета содержала вопросы, касающиеся периодичности появлений герпетических высыпаний, их локализации, факторов, провоцирующих развитие рецидива.

Кроме того, у всех пациентов, отмечающих в анамнезе эпизоды герпетических высыпаний, был оценен стоматологический статус путём подсчёта индекса КПУ и определения значения упрощенного индекса гигиены Грина-Вермилиона (ОНИ-S).

Результаты. Анализ анкет пациентов показал, что в 64,29% рецидив герпетической инфекции в полости рта приходится

на молодых пациентов в возрасте 20-35 лет. Данная закономерность может быть связана с неблагоприятными экологическими условиями, в которых росли и развивались данные пациенты, большим количеством искусственных добавок и консервантов в пище, высокой частотой стрессовых ситуаций и, как следствие, лабильностью иммунной и нервной системы. Достоверно установлено, что в 69,04% наблюдений заболевание поражает женщин. Средняя частота рецидивов герпетической инфекции у обследованных составляет 1,59 раз в год, максимальная достигает 6. В диспансерной группе 73,8% пациентов имеют сопутствующую соматическую патологию. Наиболее часто в анамнезе отмечаются заболевания нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной системы, патология ЛОР-органов и желудочно-кишечного тракта. В процессе исследования было установлено, что большинство пациентов с проявлениями рецидивирующей герпетической инфекции в полости рта имеют средний или высокий социальный статус, принадлежат к интеллигенции. Из них 85% выросли в полных семьях, или в настоящее время имеют семью. Установлено, что 69,04% обследованных имеют высшее образование. По результатам стоматологического обследования среднее значение индекса КПУ составило 14,29 (2;27), что по классификации ВОЗ оценивается как высокий уровень интенсивности кариеса зубов. Удовлетворительный уровень гигиены полости рта (ОНИ-S=0,7-1,6) отмечается у 53,56% пациентов, неудовлетворительный (ОНИ-S=1,7-2,5) – у 24,43%, хороший (ОНИ-S=0-0,6) – у 22,01%.

Заключение. Проблема герпетической инфекции в стоматологии актуальна; разработка новых и оптимизация существующих способов лечения данной патологии перспективна и востребована. Дальнейшая разработка лечебно-профилактических мероприятий рецидивирующего герпетического стоматита должна происходить с обязательным учётом пола, возраста пациента, наличия у него сопутствующей соматической патологии, часто повторяющихся стрессовых ситуаций и иммунологического статуса.

Литература.

1. Двуреченский, В.В. Применение поляризованного света при герпесе / В.В. Двуреченский, С.С. Киселева // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2006. – С. 37.
2. Местная терапия простого герпеса: PRO и CONTRA / А.А. Халдин [и др.]. // Рос. журн. кожных и венерических болезней. Приложение «Герпес». - 2007. – С. 4-10.
3. Почтарь, В.Н. Клинические проявления герпетической инфекции в стоматологии / В.Н. Почтарь, А.Б. Македон, В.Я. Скиба // Клиническая стоматология. – 2008. - № 4. – С. 18-21.
4. Редькин, Ю.В. Биологические особенности вируса простого герпеса и возможности фармакотерапии / Ю.В. Редькин, А.Ю. Одокиенко // Успехи современной биологии. - 2006. - № 1. – С. 87-96.

АНТИМИКРОБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

Витт А.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Для разработки алгоритма рационального использования антисептиков необходимы данные о закономерностях динамики числа микроорганизмов в содержимом периодонтальных карманов на этапах антисептической обработки.

Цель работы - изучить антимикробную активность антисептиков «in vivo» по микробиологическим показателям.

Объекты и методы. В исследовании приняли участие 20 пациентов с диагнозом «хронический периодонтит». Забор биоматериала проводили четыре раза: 1) во время клинического обследования до обработки рта антисептиком/водой; 2) после полоскания рта в течение 30 секунд антисептиком/водой; 3) через 15 минут после инстилляций периодонтальных карманов антисептиком/водой; 4) через неделю после лечения.

В зависимости от используемого антисептика пациенты были разделены на четыре группы: в 1-й группе обработку полости рта проводили ранее не использовавшимся в стоматологической практике для лечения болезней периодонта антисептиком «Аквин» (производство ИП «Инкраслав», Республика Беларусь), содержащим в качестве активно действующего вещества 1% раствор полигексаметиленгуанидин фосфата [2, 3]; во 2-й – 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата (РУП завод «Изотрон»); в 3-й - антисептиком «Септомирин» (ОАО «Белмедпрепараты», Республика Беларусь); в 4-й - дистиллированной водой.

Для микробиологического исследования забирали содержимое периодонтальных карманов (5 пациентов в каждой группе). В биоматериале исследовалось: количество α -гемолитического, β -гемолитического, негемолитического стрептококков, лецитиназа продуцирующего и не продуцирующего стафилококков, других грамположительных кокков, энтеробактерий, грибов рода *Candida*, других (недифференцированных) микроорганизмов, суммарное количество аэробных и факультативно анаэробных микроорганизмов, суммарное количество анаэробов, а также общее количество микроорганизмов [1]. Забор биоматериала (содержимого периодонтальных карманов) осуществляли следующим образом. Три стерильных бумажных штифта № 30 погружали на 15 секунд

в периодонтальный карман, после чего извлекали и помещали в среду для контроля стерильности. Материал в течение 2 часов доставляли в лабораторию внутрибольничных инфекций (ЦНИЛ УО БГМУ). Затем готовили разведения содержимого периодонтальных карманов в физиологическом растворе с последующим количественным высевом на чашки с питательными средами для различных групп микроорганизмов (кровяной агар, среда Сабуро, желточно-солевой агар и др.)

Результаты. Статистически значимые различия по числу всех типов микроорганизмов до обработки полости рта между группами обнаружены не были, что характеризует группы как сопоставимые.

При использовании антисептика «Аквин» общее количество микроорганизмов, количество анаэробных микроорганизмов, аэробных микроорганизмов в целом, α -гемолитического стрептококка, негемолитического стрептококка, грамположительных кокков, других микроорганизмов снижалось статистически значимо как после полоскания, так и после инстилляций периодонтальных карманов. Через неделю массивность обсеменения оказалась статистически значимо более низкой по сравнению с исходной, хотя и значимо увеличивалась по сравнению с количеством микроорганизмов после инстилляций. Число β -гемолитических стрептококков, лецитиназа продуцирующего и не продуцирующего стафилококков, энтеробактерий и грибов рода *Candida* имело тенденцию к снижению как после полоскания, так и после инстилляций, однако это снижение не достигало значимых различий. Это можно объяснить изначально незначительной обсемененностью периодонтальных карманов данными микроорганизмами.

Таким образом, применение антисептика «Аквин» вызывает уменьшение микробной обсемененности периодонтальных карманов, установлено влияние, как на аэробные, так и на анаэробные микроорганизмы (рис. 1).

При использовании 0,05% раствора хлоргексидина биглюконата после полоскания полости рта наблюдалась тенденция снижения общего числа микроорганизмов в периодонтальном кармане, однако статистически значимо снижалось только общее число аэробных микроорганизмов и количество негемолитического стрептококка. Через 15 минут после инстилляций по сравнению с состоянием после полоскания статистически значимо уменьшилось число α -гемолитического стрептококка, негемолитического стрептококка, количество аэробных, анаэробных микроорганизмов, а также общая микробная обсемененность. Через неделю число всех микроорганизмов

имело тенденцию к увеличению, однако статистически значимо не достигало исходного уровня (рис. 2).

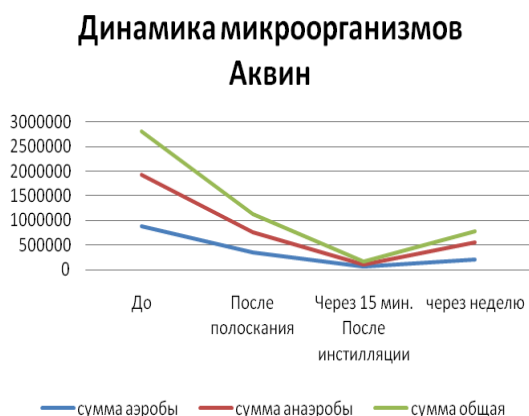


Рис. 1 Динамика обсеменённости периодонтальных карманов при использовании антисептика раствора «Аквин».

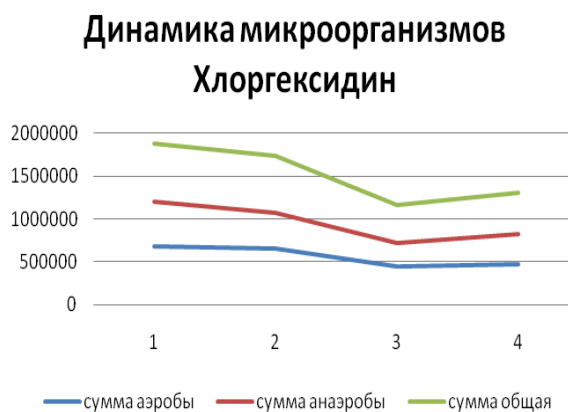


Рис. 2 Динамика обсеменённости периодонтальных карманов при использовании 0,05% хлоргексидина биглюконата.

После полоскания полости рта септомирином число всех микроорганизмов имело тенденцию к снижению, однако статистически значимо уменьшалось только количество негемолитического стрептококка и суммарное количество аэробов. Через 15 минут после инстилляци по сравнению с числом микроорганизмов после полоскания статистически значимо уменьшилось число α -гемолитического стрептококка, негемолитического стрептококка, суммарное количество аэробных и анаэробных микроорганизмов а также общая микробная обсемененность. Количество остальных микроорганизмов (β -гемолитический стрептококк, лецитиназа продуцирующий и не продуцирующий стафилококк, грамположительные кокки, энтеробактерии, грибы рода *Candida* и другие микроорганизмы) имело тенденцию к уменьшению. Через неделю число всех микроорганизмов увеличивалось, однако статистически значимо не достигало исходного уровня.

В контрольной группе после полоскания полости рта водой статистически значимо снижалось только суммарное количество аэробных микроорганизмов. Все остальные микробиологические показатели имели только тенденцию к снижению. После инстилляци периодонтальных карманов суммарное количество аэробных микроорганизмов продолжило статистически значимо снижаться, также статистически значимо снизилось общее количество микроорганизмов. Все остальные микробиологические показатели имели только тенденцию к снижению. В контрольной группе наблюдение через неделю не проводилось (рис. 3).

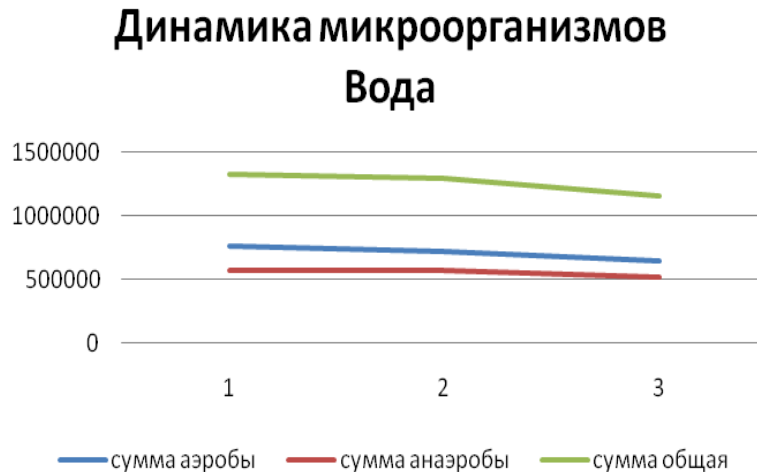


Рис. 3 Динамика обсеменённости при использовании дистиллированной воды.

При антисептической обработке периодонтальных карманов удалось установить общие закономерности (тенденции) динамики количества микроорганизмов в периодонтальном кармане. Общее число микроорганизмов, в том числе число анаэробных и аэробных, снижалось как после полоскания полости рта, так и после инстилляций периодонтальных карманов, причём влияние инстилляций более выражено, однако через неделю число микроорганизмов вновь увеличивалось, но не достигало исходного уровня. Более выражено антисептики действовали на аэробные микроорганизмы. Статистически значимого влияния антисептической обработки на β -гемолитический стрептококк, лецитиназа продуцирующий и не продуцирующий стафилококки, энтеробактерии и грибы рода *Candida* не наблюдалось, так как их количество изначально было минимальным.

Заключение. По результатам исследования предлагается дальнейшее изучение повторных (неоднократных) инстилляций и кюретажа периодонтальных карманов.

Литература.

1. Гудкова, Е.И. Методы испытания противомикробной активности антисептиков профилактического назначения: методические указания / Е.И. Гудкова, А.П. Красильников, А.А. Адарченко. - № 11-13-197 утв. МЗРБ 16.01.97. - Минск, 1997. - 8 с.
2. Инструкция по применению «Гигиена рта в периодонтологии с применением средства «Аквин»: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 13.02.2009. - Минск: БГМУ, 2009. - 4 с.
3. Инструкция по применению в медицинской практике антисептика «Аквин»: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 30.01.2007. - Минск: БГМУ, 2009. - 7 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИШЕЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Власова М.И., Мандра Ю.В.

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
Уральский Федеральный Университет, ИЕН,
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Формирование пришеечных кариозных полостей связано с трудным доступом к данным участкам для проведения гигиенических процедур, а также особо тонкого слоя эмали в месте её перехода в корневой цемент. В связи с этим при лечении кариеса зубов данной локализации особое внимание следует уделять подбору пломбировочных материалов и методам адекватной медикаментозной обработки [2]. Озон обладает высокой реактивной способностью, активно вступает в реакции с разными биологическими объектами. Озонирование кариозных полостей путем неспецифического воздействия стимулирует и регулирует защитные и адаптивные реакции клеточных структур [1].

Цель исследования – изучение особенностей формирования гибридной зоны под влиянием озона при лечении кариеса пришеечной локализации.

Объекты и методы. Материалом для экспериментального исследования служили образцы 30 зубов (60 образцов) пациентов, проживающих в Уральском регионе и имеющих кариозные полости пришеечной локализации, удалённых по ортопедическим и ортодонтическим показаниям. После снятия налёта кариозные полости подвергались препарированию с использованием турбинного наконечника, алмазных боров и водяного охлаждения. Исследование топологии, микроструктуры, свойств поверхности твердых тканей зубов проводилось с использованием сканирующего электронного микроскопа JSM-6390LV фирмы Jeol. Изучались поверхности продольных сечений зубов толщиной 1-1,5 мм, подготовленные специальным образом (рис. 1).

Затем шлифы распиливали на 4-5 секторов, закрепляли на стекле и после напыления углеродом подвергали сканирующей электронной микроскопии. Данные исследования выполнены на базе специализированной лаборатории Института геологии и геохимии РАН (руководитель - член-корр. РАН, проф., д. г.-м. наук С.Л. Вотяков). Исследованные образцы подвергались озонированию (аппарат prozone, W&H DENTALWERK) в шестисекундном режиме на расстоянии 2-2,5 мм. Затем вновь проводилась сканирующая электронная микроскопия в исследованных ранее участках и сравнение полученных данных.

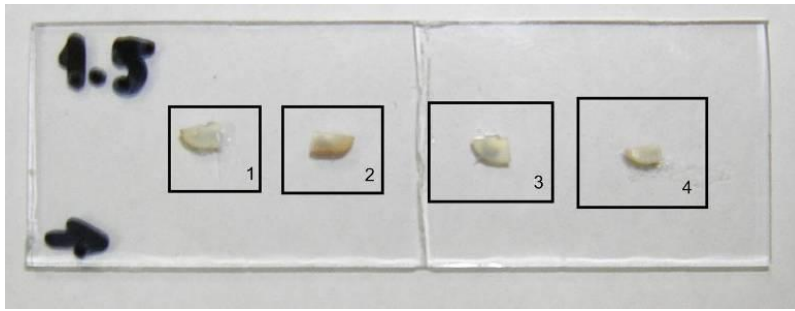


Рис. 1. Подготовленные для исследования образцы шлифа зуба.

Результаты. При сканирующей электронной микроскопии рельеф поверхности шлифа образован концентрическими и параллельными бороздами, оставленными при препарировании шлифов (рис. 2).

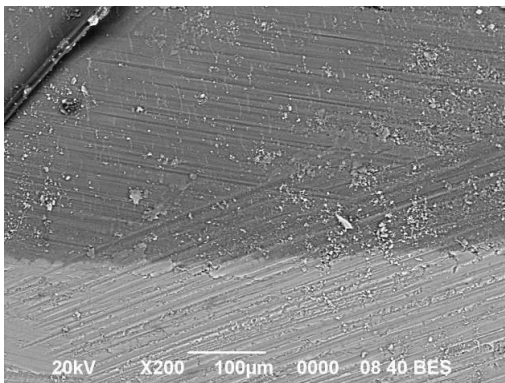


Рис. 2 Рельеф поверхности периферического (плащевго) дентина с параллельными бороздами вследствие препарирования шлифа. СЭМ. Ув. 200.

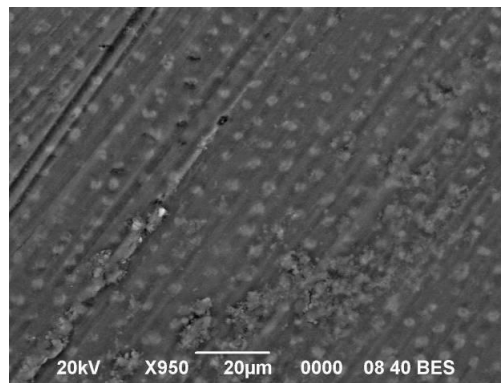
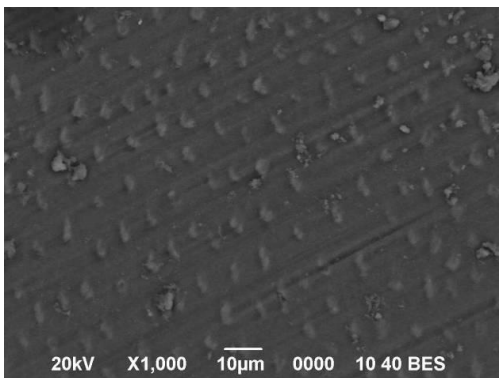
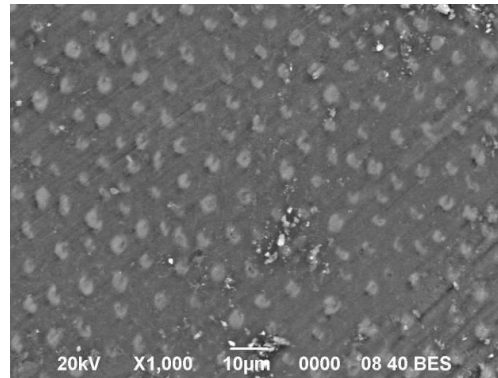


Рис. 3. Рельеф поверхности периферического (склерозированного) дентина. СЭМ. Ув. 950.



а



б

Рис. 4 Рельеф поверхности участка плащевго дентина до (а) и после (б) озонирования в течение 6 секунд. СЭМ. Ув. 1000.

На поверхности дентина выявляются множественные отверстия дентинных трубочек диаметром 2-4 мкм. Количество трубочек и их диаметр увеличиваются в направлении пульпы зуба.

В поверхностном склерозированном дентине диаметр трубочек не более 2 мм. Поверхность дентина гладкая, выявлены зернистые гранулы, сливающиеся в конгломераты (рис. 3).

В группе образцов, подвергшихся озонированию, отмечается видимое раскрытие дентинных канальцев, которые определяются отчетливо. Повреждений органических структур твердых тканей зуба не выявлено (рис. 4).

Заключение. Применение озонотерапии в комплексном лечении кариеса зубов пришеечной локализации целесообразно и эффективно, так как способствует раскрытию дентинных канальцев. Отмечается видимое улучшение микроциркуляции в последних, а также оптимизация обменных процессов при проведении озонотерапии, что позволяет рекомендовать её в качестве медикаментозной обработки кариозных полостей.

Литература.

1. Безрукова, И.В. Использование медицинского озона в стоматологии / И.В. Безрукова, А.И. Грудянов // Стоматология. – 2001. – Т. 61. - № 2. – С. 63.
2. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология. Учебное пособие / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. - М., «Медпресс-информ», 2007. - 928 с.

ДВУХЛЕТНЯЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

Горегляд А.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. За последнее десятилетие резко увеличились эстетические запросы пациентов и светоотверждаемые композиты стали одним из основных материалов, наиболее часто используемых при восстановлении дефектов твердых тканей жевательных зубов. По данным специальной литературы, врачи-стоматологи, используя материалы различных фирм, при тщательном соблюдении методики их применения, получают хорошие результаты не только в ближайшие, но и в отдалённые сроки [1, 2].

Цель исследования - дать клиническую оценку качеству пломбирования кариозных полостей 1 и 2 классов светоотверждаемыми композитными материалами.

Объекты и методы. В течение 2-х лет клинического исследования выполнено сравнение двух светоотверждаемых композитных материалов, которые использовались при пломбировании жевательных зубов. Всего было восстановлено 60 кариозных полостей у 40 пациентов

(20 реставраций 1 класса и 40 реставраций 2 класса). После препарирования полостей проводили тотальное протравливание 36% фосфорной кислотой, наносили адгезив пятого поколения на эмаль и дентин на 20 секунд и затем полимеризовали его 20 секунд. Материал вносили по частям косыми слоями. Качество пломб оценивалось с использованием Ryge критериев [3] непосредственно после постановки и через 6, 12, и 24 месяца, соответственно. Сравнение проводили по числу реставраций с оценкой «А» (высшая степень клинического качества).

Результаты. Оценка изменений в течение 2-х летнего периода позволила констатировать следующее. Сразу после постановки 20 пломб получили оценку «В» по соответствию цвету, что, более вероятно, явилось результатом ограниченного выбора цвета используемых материалов. И после двух лет этот показатель остался таким же. Через два года не было отмечено ни одного факта вторичного кариеса и постоперативной чувствительности, что мы связываем с тем, что все реставрации были малыми и средними. Состояние поверхности всех пломб через два года было оценено как «А». Что касается краевого окрашивания, то через два года две пломбы получили оценку «В». То же можно было констатировать и по анатомической форме (2 пломбы получили оценку «В»). Относительно краевой адаптации три пломбы к концу 2-х летнего периода имели незначительную щель по краю (0,5 мм), которая не являлась показанием для замены пломб, и, вероятно, была результатом фрактуры тонких краевых излишков. Не было обнаружено статистически значимых различий между пломбами 1 и 2 классов. Аналогичные результаты были получены и при сравнении пломб в молярах и премолярах.

Заключение. Согласно результатам исследования используемые материалы пригодны для восстановления дефектов в области жевательных зубов. Долговечность и качество пломб зависят от многих факторов, включая искусство врача, выбор материала и технику его использования, а также фактор пациента. Нет легких путей при использовании и постановке композитов. Любой компромисс в технике постановки будет иметь серьезные последствия для клинического качества реставраций. Правильный выбор размера кариозных полостей и тщательная техника реставрации являются существенным фактором для достижения долговременного клинического успеха.

Литература.

1. Луцкая, И.К. Эстетическое восстановление жевательных зубов. / И.К. Луцкая, Н.В. Новак, В.В. Горбачев // Современная стоматология. – 2006. - № 2. - С. 54-57.
2. Радлинский, С.В. Реставрация боковых зубов. Стратегия и принципы / С.В. Радлинский // Стоматологический журнал. – 2001. - № 3. - С. 56-63.
3. Ryge, G. Clinical criteria / G. Ryge // Int. Dent. J. – 1980. – Vol. 30 (4). - С. 347-58.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ АЛЬТЕРНАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ

Гранько С.А., Запашник Т.А., Есьман А.А.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УЗ «8-я городская клиническая стоматологическая поликлиника»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Эффективное лечение кариеса зубов на самых ранних стадиях развития патологического процесса при очаговой деминерализации эмали зуба (кариесе эмали в стадии пятна) является важной и актуальной проблемой современной практической стоматологии. Согласно данным эпидемиологических исследований, потребность в лечении кариеса и другой патологии твердых тканей зубов остаётся высокой во всех возрастных группах населения Республики Беларусь.

Цель исследования - оценка эффективности альтернативных методов лечения кариеса постоянных зубов.

Объекты и методы. Проведено стоматологическое обследование 48 пациентов в возрасте от 14 до 33 лет, включающее определение индексов УИК (уровень интенсивности кариеса), ОНI-S (упрощенный индекс гигиены полости рта), ТЭР (тест резистентности эмали). При обнаружении начальных кариозных поражений проведена лазерная флуоресцентная микроскопия с помощью аппарата «Diagnodent» («KaVo»). Лечение диагностированных начальных кариозных поражений (n=43) выполнено методом инфильтрации материалом «Icon» («DMG»). При наличии дефектов твердых тканей применена методика препарирования ручными инструментами. Восстановление зубов (n=28) проводили гибридным стеклоиономерным цементом тройного отверждения «Vitremer» (3M). Оценка клинической эффективности лечения осуществлена по следующим критериям: изменение размера пятна, гладкость/шероховатость поверхности, блеск/матовость поверхности пятна, изменение показателей лазерной флуоресценции, краевое прилегание и шероховатость поверхности пломбы, краевое окрашивание, дискомфорт (чувствительность), рецидив кариеса.

Полученные результаты обработаны методами описательной статистики, достоверность различий определена по критерию Стьюдента.

Результаты. В группе начальных кариозных поражений исчезновение кариозных очагов наблюдалось достоверно чаще (36 зубов и составило $83,72 \pm 5,63\%$), чем их сохранение при значительном уменьшении размеров (7 наблюдений, $16,28 \pm 5,63\%$).

Сохранение первоначальных размеров пятна не отмечено ни в одном наблюдении. Поверхности всех кариозных поражений после проведения инфильтрации стали блестящими и гладкими при зондировании.

Среднее значение показателей «Diagnodent» для кариозных очагов исходно составило $15,88 \pm 0,75$. После проведения инфильтрации наблюдалось достоверное ($p < 0,001$) уменьшение значений лазерной флуоресценции до $3,53 \pm 0,17$. Следует отметить, что исходные показатели «Diagnodent» для полностью исчезнувших очагов деминерализации ($15,47 \pm 0,73$) были ниже таковых для уменьшившихся в размере кариозных пятен ($18,00 \pm 2,94$). Показатели лазерной флуоресценции после проведения инфильтрации кариозных очагов при их полном и частичном исчезновении достоверно ($p < 0,05$) отличались и составили $3,39 \pm 0,19$ и $4,29 \pm 0,39$, соответственно.

Среднее значение показателя УИК у обследованных пациентов оказалось равным $0,66 \pm 0,18$. Отмечено, что полное исчезновение кариозных очагов при средней активности кариеса наблюдалось достоверно ($p < 0,01$) чаще (93,3%), чем при высокой и очень высокой (75,0% и 81,3%, соответственно).

Среднее значение ТЭР у подавляющего большинства обследованных пациентов составило $3,85 \pm 0,26$ балла, что позволило оценить кариесрезистентность их эмали в целом как умеренную. При этом обнаружена зависимость между значениями ТЭР и изменением размеров инфильтрированных кариозных очагов. Так, у пациентов с высокой кариесрезистентностью эмали полное исчезновение очагов деминерализации отмечено в 100% наблюдений, в то время как у пациентов с умеренной резистентностью эмали к воздействию кислот – в 85%.

Контрольный осмотр пломб из СИЦ «Vitremer» через 6 месяцев после лечения показал, что 100% всех поставленных пломб полностью сохранили анатомическую форму восстановленной области, близко прилегали к зубу вдоль периферической части, без трещин и сколов, с гладкой поверхностью, без изменения цвета по границе «зуб-пломба». В 2 наблюдениях отмечался дискомфорт продолжительностью 1-2 дня. Симптомы гиперестезии были купированы в результате использования фторсодержащих лаков.

Отдаленные результаты лечения кариеса зубов с применением ручных инструментов показали высокую эффективность данного метода. Сохранность пломб в удовлетворительном состоянии через 1 год составила $96,8 \pm 5,2\%$.

Заключение. При лечении методом инфильтрации исчезновение кариозных очагов наблюдается достоверно чаще ($83,72 \pm 5,63\%$).

В $16,27 \pm 5,63\%$ наблюдений очаги поражения значительно уменьшились в размерах. Проведение инфильтрации эмали при начальных кариозных поражениях приводит к достоверному уменьшению показателей лазерной флуоресценции. Анализ значений УИК, ТЭР и лазерной флуоресценции перспективен для прогноза клинической эффективности лечения кариеса эмали методом инфильтрации. Полученные результаты позволяют констатировать высокую клиническую эффективность сочетания метода атравматического препарирования с использованием ручных инструментов и метода инфильтрации эмали.

РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ КАРИЕСА И НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСА «RECALDENT» (СРР/АСР)

Жаркова О.А., Лобкова О.С.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь*

Введение. Процесс реминерализации эмали – это насыщение её минеральными компонентами приводящее к восстановлению структуры, который возможен благодаря проницаемости эмали и способности к восстановлению своего состава. При формировании очагов деминерализации изначально происходит преимущественно декальцинация. Из поврежденного подповерхностного участка происходит потеря кальция, фосфора, магния, карбонатов, уменьшается плотность эмали, повышается её растворимость, уменьшается Са/Р коэффициент. Важно, что этот процесс обратим, при благоприятных условиях в полости рта и под воздействием реминерализующих составов, кристаллическая решетка способна восстанавливаться.

В условиях значительной распространенности кариеса зубов, а также в связи с широкой регистрацией различных форм некариозных поражений, повышенной чувствительности зубов, применение методов реминерализующей терапии на стоматологическом приёме становится все более актуальным.

Цель работы - изучить эффективность реминерализующей терапии при лечении кариеса и некариозных поражений с использованием комплекса «RECALDENT».

Объект и методы. Был обследован и пролечен 21 пациент. Из них, с диагнозами кариес в стадии пятна - 11 человек; гипоплазия эмали - 5 человек; клиновидные дефекты, сочетающиеся с гиперестезией твёрдых тканей зубов - 5 человек. Диагноз ставили на основании основных и дополнительных методов клинического исследования.

Обследование пациентов проводили на базе кафедры стоматологии детского возраста УО «Витебский государственный медицинский университет» (УО ВГМУ) в УЗ «Витебская городская детская стоматологическая поликлиника». До начала исследования всем пациентам была проведена профессиональная гигиена полости рта в полном объёме. Кислотоустойчивость эмали оценивали с помощью теста эмалевой резистентности (ТЭР) по В.Р. Окушко. Определялась тактильная, а также температурная чувствительность зубов с помощью холодной воды. Для характеристики слюноотделения производили «сиалометрию». Определение кислотности слюны (рН) осуществлялось с помощью стандартной бумажной индикаторной полоски. Минерализующий потенциал слюны изучали по методике П.А. Леуса. Кристаллообразующие свойства слюны изучали с помощью микроскопа Leica DM 2000 (Германия) на кафедре клинической микробиологии ВГМУ. Анализ полученных изображений проводили на компьютере с помощью программы LAS F 3.6.

Каждый пациент был проинструктирован по применению реминерализующей системы GC Tooth Mousse (водорастворимый крем, содержащий комплекс «RECALDENT», состоящий из CPP (казеин фосфопептид) и АСР (аморфный кальций фосфат)). Клинические примеры фиксировались при первичном осмотре и после двухнедельного применения препарата на цифровой фотоаппарат Canon SX 120IS. Статистическую обработку полученных цифровых данных производили при помощи программы STATISTICA 6.0.

Результаты. После курса реминерализующей терапии показатель ТЭР снизился в среднем с 3 (2, 4) до 1 (1, 2) балла, что являлось достоверным ($p < 0,001$). Исчезновение меловидных пятен регистрировали у 58% пациентов, у 42% - отмечали уменьшение размеров пятен со снижением интенсивности окрашивания. У 75% пациентов, у которых первично отмечалась гиперестезия, регистрировалось снижение болевой реакции на холодовой раздражитель и у 100% - на тактильный раздражитель. По кислотности слюны (рН) и скорости слюноотделения достоверной динамики данных не получено.

За период наблюдения значительно изменились морфологические характеристики смешанной слюны, что выразилось в изменении типа кристаллизации, возрастании плотности и чёткости кристаллов, выраженности главного стержня и появлении большего количества ответвлений 1, 2, 3 порядка. У большинства обследуемых в смешанной слюне первоначально преобладал II и III тип кристаллов. Через 2 недели после лечения удельный вес кристаллов III типа снизился с 29% до 9%.

Увеличилась частота кристаллов I типа с 19% до 43%. Значительно улучшился минерализующий потенциал слюны с 2(1, 3) до 4 (2, 5); ($p=0,007$).

Заключение. Применение реминерализующего комплекса «RECALDENT» (GC Tooth Mousse) имеет выраженный терапевтический эффект при лечении начального кариеса, реминерализации некариозных поражений о чём свидетельствуют данные клинического осмотра, достоверная динамика ТЭР ($p<0,001$) и данные минерализующего потенциала слюны ($p=0,007$).

Литература.

1. Артишевский, А.А. Кристаллизация агрегатов слюны в разные фазы овариально-менструального цикла / А.А. Артишевский, В.Р. Гайфуллина, О.Г. Мальковец // Современная стоматология. – 2006. - № 4. – С. 74–77.
2. Леус, П.А. Клинико-экспериментальное обоснование исследования патогенеза, патогенетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / П.А. Леус; ММСИ. - М., 1977. - 30 с.
3. Попруженко, Т.В. Профилактика кариеса зубов с использованием средств, содержащих фториды, кальций и фосфаты: учеб.–метод. пособие / Т.В. Попруженко, М.И. Кленовская. – Минск: БГМУ, 2010. – С. 42–43.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ В КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЯХ

Запашник Т.А., Кравчук И.В.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. При наличии кариозной полости клинически выявляется некротическая бесструктурная масса, содержащая огромное количество микроорганизмов. При развитии кариозного процесса возникают условия для проникновения микробов через дентинные каналы в пульпу, что приводит к пульпиту. Так как процесс препарирования дентина не является асептическим, на поверхности образовавшегося «смазанного слоя» (smearlayer) и в просветах дентинных трубочек обнаруживается большое количество колоний микроорганизмов.

Целью исследования явилось снижение микробной контаминации кариозной полости за счёт выбора метода препарирования и пломбировочного материала.

Объекты и методы. Объектом исследования явились зубы пациентов, обратившихся в УЗ «8-я городская клиническая стоматологическая поликлиника» г. Минска на кафедру терапевтической стоматологии ГОУ БелМАПО с целью санации полости рта. Количество зубов – 100. Обследуемый контингент лечился по поводу неосложнённого кариеса зубов. Все зубы в зависимости от метода

препарирования (машинный, ручной, химико-механический, ультразвуковой, лазерный) были разделены на 5 групп. Из кариозных полостей всех зубов до и после препарирования производился забор микробиологического материала, который в последующем был высеян на питательные среды. Для культивирования микроорганизмов использовали 5% кровяной агар. Применялся метод секторных посевов. Пробу с микробиологического тампона тщательно переносили на 1/6 поверхности чашки с кровяным агаром. Затем материал стерильной платиновой петлей диаметром 2 мм и емкостью 0,005 мм штрихом (3-4 штриха) разносят примерно на 1/4 поверхности чашки Петри (сектор А). После этого петлю прожигают, чашку поворачивали на 90° и проводили 4 штриховых посева из сектора А в сектор I, аналогичным образом после прожигания петли из сектора I в сектор II и из сектора II в сектор III. Для получения отдельных колоний использовали 3-4 серии штрихов. Рассев на каждом новом участке чашки заканчивали посевом в глубину агара несколькими уколами. Инкубацию посевов осуществляли при температуре 37°C в 24 часов. Таким образом, на кровяном агаре была выращена микробная флора непосредственно из кариозной полости исследуемого зуба. Всего выполнено 200 посевов. В дальнейшем кариозные полости пломбировались материалами двух групп: стеклоиономерными цементами (50 зубов) и композитными материалами (50 зубов). Через сутки после пломбирования с поверхности зубов был произведён забор зубного налета, в последующем перенесённый на кровяной агар (100 исследований, выполненных методом секторных посевов).

В результате микробиологических исследований установлено, что до препарирования количество бактерий во всех 5 группах существенно не отличалось (от $8,2 \times 10^7$ до $9,8 \times 10^7$). После обработки машинным методом контаминация снизилась с $8,6 \times 10^7$ до $4,7 \times 10^5$ КОЕ. Такое же снижение микробной контаминации наблюдается и в группах химико-механической (с $9,7 \times 10^7$ до $4,3 \times 10^5$) и ультразвуковой обработки (с $8,2 \times 10^7$ до $6,1 \times 10^5$), что объясняется, по-видимому, применением аминокислот и гипохлорида натрия при химико-механическом методе и использованием абразивного порошка силикона карбида при ультразвуковом препарировании. После ручной обработки кариозной полости снижение микробной контаминации происходило с $9,8 \times 10^7$ до $7,3 \times 10^5$ КОЕ. Существенная разница между показателями до и после препарирования наблюдалась в группе лазерной обработки (с $8,4 \times 10^7$ до $5,0 \times 10^3$ КОЕ.). Через сутки после пломбирования кариозных полостей стеклоиономерным цементом наблюдалось снижение роста колоний микроорганизмов в зубном налёте

на 3 порядка (в 10³ раз), при использовании композитного материала – на 1 порядок (в 10 раз).

Проведенные исследования показали, что при всех проведенных методах препарирования происходит снижение микробной контаминации кариозных полостей (в 10⁴-10³ раз). Стеклоиономерные цементы оказывают воздействие на снижение роста колоний микроорганизмов зубного налёта.

Литература.

1. Выделение и идентификация стрептококков: пособие для врачей / Н.И. Брико [и др.]. - М., 2002. - 47 с.
2. Микробиология и иммунология для стоматологов; под ред. Ричард. Дж. Ламонт [и др.]; пер. с англ., 2010. - 504 с.
3. Основы микробиологической диагностики для практических врачей: правила забора, хранения и пересылки бактериологического материала: метод. рекомендации / А.Н. Косинец [и др.]. - Витебск, 2000. – 18 с.
4. Рединова, Т.Л. Микробиологические и клинические характеристики дисбиотического состояния в полости рта / Т.Л. Рединова, Л.А. Иванова // Стоматология. - 2009. – Т. 88. - № 6. - С. 12-18.
5. Carious dentine provides a habitat for a complex array of novel Prevotella-like bacteria / M. Nadkarni [et al.]. // J. Clin. Microbiol. – 2004. – Vol. 42. - № 11. – P. 5238-5244.

АНАЛИЗ ДЕФОРМАЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

«FILTEK ULTIMATE» И «SDR»

Ивашов А.С., Зайцев Д.В., Мандра Ю.В.

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
Уральский Федеральный Университет, ИЕН,
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Успех реставрации зависит от мастерства выполнения технических приемов и функциональных свойств самого пломбировочного материала. Длительность функционирования зуба, после восстановительной процедуры, определяется совместимостью используемого материала с твёрдыми тканями зуба. Совпадение прочностных свойств – является определяющим фактором, так как в другой ситуации в месте соединения этих материалов будут возникать напряжения, что может привести к разрушению зуба. В процессе жизнедеятельности человеческие зубы подвергаются преимущественно сжимающим нагрузкам. Как правило, они ограничены 30 МПа, хотя жевательный аппарат, способен развить усилия достаточные для перекусывания отоженной стальной проволоки [1, 2]. Поэтому одноосное сжатие и точечное нагружение следует рассматривать как наиболее простые и при этом наиболее приближенные к реальным условиям схемы деформации.

Ранее было показано, что дентин является одновременно упругой и прочной пластичной тканью. Поэтому, реставрационные материалы, также должны обладать таким набором свойств. Примером таких материалов являются наполненные полимеры [3]. Каждый метод предусматривает использование специального материала. Для прямого метода наиболее перспективной группой материалов являются нанокластерные композиты (примером этой группы является «Filtek Ultimate», «3M ESPE», USA). Новый материал «SDR» (Smart Dentin Replacement, Densply) и вызывает научный интерес сравнение механического поведения данных материалов по отношению к дентину.

Цель исследования – изучение деформационного поведения «Filtek Ultimate» и «SDR» с дентином.

Объекты и методы. Для проведения механических испытаний пломбирочных материалов были выбраны: «Filtek Ultimate» оттенка А3В и «SDR». Из них были изготовлены образцы в форме параллелепипеда с размерами 2x2x1,3мм³. Механические испытания на сжатие проводились на испытательной машине Shimadzu AG-X 50kN, со скоростью перемещения траверсы 0,1 мм\мин, при комнатных условиях. Измерение линейных размеров образцов до и после испытания выполняли на микрометре.

Результаты. Испытания на сжатие останавливали при возникновении на деформационных кривых перелома. Образцы, изготовленные из материала «Filtek Ultimate», после испытания полностью разрушались, тогда как образцы дентина и «SDR», сохраняли свою форму, не смотря на наличие трещин в образцах дентина. В образцах «SDR» трещины не наблюдались, но наличие перегиба на графике дает право на предположение об их существовании. На деформационных кривых, можно выделить три типичных участка для дентина и «SDR», а при работе с «Filtek Ultimate» - два. Первый небольшой нелинейный участок, начинался из начала координат и связан с неплоскопараллельностью поверхностей сжатия. Далее следовал протяженный линейный участок. Для образцов, изготовленных из «SDR» и дентина, можно было выделить третий нелинейный участок, тогда как в ситуации с «Filtek Ultimate» он отсутствовал. Измерения линейных размеров образцов до и после испытания, показало, что на втором участке деформация является полностью обратимой, тогда как на третьем, она была как обратимой, так и не обратимой. В связи с чем, по наклону первого участка был вычислен модуль Юнга. Максимальное напряжение при испытании, принималось как предел прочности. Модуль Юнга для «Filtek Ultimate» сопоставим с модулем Юнга дентина, но при использовании «SDR» он меньше более чем в два раза.

По прочности «Filtek Ultimate» превышает предел прочности дентина при сжатии на ~20%. «SDR», наоборот является менее прочным материалом по сравнению с дентином, хотя по упругости и пластичности немного превосходит дентин. Измерить линейные размеры образца «Filtek Ultimate» после испытания не удалось, так как он полностью разрушился, но по типу деформационной кривой можно сказать, что все его деформация была упругой.

Заключение. Образцы из материала «Filtek Ultimate» имеют модуль Юнга наиболее близкий к дентину. По прочности образцы из «Filtek Ultimate» АЗВ превышают прочность дентина на ~20%, но в отличие от образцов из дентина разрушается при достижении предела прочности. Дентин является более прочным материалом чем «SDR», предел прочности ~400 МПа и ~250 МПа, соответственно. Дентин уступает «SDR» по упругости и по пластичности в ~1,5 и ~2 раза, соответственно. Модуль Юнга также отличается, у дентина он в три раза выше (~6 ГПа), чем у «SDR» (~2 ГПа). Более высокая упругость и пластичность «SDR», позволяет им более эффективно подавлять рост трещин по сравнению с дентином, хотя в обеих ситуациях их появление не приводило к разрушению образцов и происходило при напряжениях значительно превышающих напряжения в зубах, возникающие при пережевывании пищи (30 МПа).

Литература.

1. He, L.H. Understanding the mechanical behavior of human enamel from its structural and compositional characteristics / L.H. He, M.V. Swain // J. MBBM. – 2008. - Vol. 1. - P. 18-29.
2. Neumann, H.H. Compression of teeth under, the load of chewing / H.H. Neumann, N.A. DrSalvo // J. Dent. Res. - 1957. – Vol. 36. - P. 286-290.
3. Waters, N.E. Some mechanical and physical properties of teeth / N.E. Waters // Symp. Soc. Exp. Biol. – 1980. - Vol. 34. - P. 99-135.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ НОВОГО РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА «SDR» (DENTSPLY)

Ивашов А.С., Зайцев Д.В., Мандра Ю.В.

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
Уральский Федеральный Университет, ИЕН,
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. На сегодняшний день наиболее распространенной методикой восстановления зубов боковой группы является прямая реставрация. Для прямого метода восстановления зубов боковой группы выпущен материал «SDR» и вызывает научный интерес физико-механическое поведение данного материала.

Цель исследования – изучить механическое поведение материала «SDR».

Объекты и методы. Для проведения механических испытаний на сжатие реставрационного материала «SDR» было изготовлено 10 композитных блоков формы параллелепипеда размерами $2 \times 2 \times 1,3 \text{ мм}^3$. Для сравнения, из коронковых частей моляров было изготовлено две группы образцов дентина (по 10 штук), формой близкой к параллелепипеду и с размерами $2 \times 2 \times 0,65 \text{ мм}^3$ и $2 \times 2 \times 1,3 \text{ мм}^3$, по методике, описанной в работе. Далее на образцы с размерами $2 \times 2 \times 0,65 \text{ мм}^3$ был адгезивно фиксирован материал «SDR». Окончательные размеры образцов $2 \times 2 \times 1,3 \text{ мм}^3$.

Механические испытания на сжатие проводились на испытательной машине Shimadzu AG-X 50kN, со скоростью перемещения траверсы 0,1 мм/мин, при комнатных условиях. Измерение линейных размеров образцов до и после испытания выполняли на микрометре.

Результаты. Испытания на сжатие останавливали, когда на деформационных кривых возникал перегиб. Во всех ситуациях распада образцов на части не происходило, не смотря на наличие в них трещин. При использовании «SDR», на поверхности образцов трещины не видны, но наличие перегиба на графике, позволяет предположить, что они существуют. При испытании группы образцов «SDR» установленных на дентине, трещины видны только в дентине. На деформационных кривых можно выделить два участка. Первый – линейный, второй – не линейный. В некоторых ситуациях на начальном этапе испытания, наблюдался не большой (1-2%) нелинейный участок. Его возникновение связано с трудностями приготовления малогабаритных образцов, поверхности сжатия не плоскопараллельны. Измерения линейных размеров образцов до и после испытания, показало, что на первом (линейном) участке деформация является полностью обратимой, тогда как на втором, она была как обратимой, так и не обратимой. Поэтому по наклону первого участка был вычислен модуль Юнга, а по величине упругой деформации рассчитан предел упругости. Максимальное напряжение при испытании (точка перегиба), принималось как предел прочности. Дентин является более прочным материалом, предел прочности для дентина $\sim 400 \text{ МПа}$ и для «SDR» $\sim 250 \text{ МПа}$, но менее деформируемым по сравнению с «SDR». Он уступает ему по упругости и по пластичности в $\sim 1,5$ и ~ 2 раза, соответственно. Модуль Юнга этих материалов, также отличается, у дентина он почти в три раза выше ($\sim 6 \text{ ГПа}$), чем у «SDR» ($\sim 2 \text{ ГПа}$). Более высокая упругость и пластичность «SDR», позволяет ему более эффективно подавлять рост трещин по сравнению с дентином,

хотя в обеих ситуациях их появление не приводит к разрушению образца и происходит при напряжениях значительно превышающих напряжения в зубах, возникающие при пережевывании (30 МПа). Прочностные свойства «SDR» установленного на дентин, являются средними между свойствами дентина и «SDR». На боковой поверхности образца видно, что трещины возникают только в дентине. Хотя напряжение приложенные к образцу превышают предел прочности «SDR», но меньше, чем предел прочности дентина. Этот факт можно связать с неравномерным распределением напряжения в образце, так как материалы обладают разными прочностными свойствами и жестко связаны на границе их соединения. Прочность соединения превышает прочность самих материалов, на границе никогда не возникали трещины. При постоянной деформации вдоль оси сжатия, растягивающие напряжения в дентине могут быть выше, чем в «SDR», за счёт большей способности к деформации последнего. Из результатов видно, что полная деформация вдоль оси сжатия для «SDR» установленного на дентин (~15%), превышает деформацию допустимую для дентина (~12%) и меньше для «SDR» (~22%). За счёт жесткой границы эти материалы деформируются в направлении перпендикулярном оси сжатия на одинаковую величину. Причём при жевании боковая группа зубов подвергается большим окклюзионным нагрузкам и возможность подавлять рост трещин и достаточная упругость «SDR» являются его клиническим преимуществом.

Заключение. Использование материалов «SDR» при реставрации поврежденных зубов не приведёт к разрушению зуба при напряжениях десятикратно превышающих, напряжения, возникающие в зубе при обычных окклюзионных нагрузках, но в целом прочность зуба снижается на 25%, тогда как его способность к деформации увеличивается на ~40%.

Литература.

1. Деформация и разрушение человеческого дентина / Д.В. Зайцев [и др.]. // Деформация и разрушение материалов. – 2011. – Т. 6. - С. 37-44.
2. Neumann, H.H. Compression of teeth under, the load of chewing / H.H. Neumann, N.A. DrSalvo // J. Dent. Res. - 1957. - Vol. 36. - P. 286-290.
3. Waters, N.E. Some mechanical and physical properties of teeth / N.E. Waters // Symp. Soc. Exp. Biol. - 1980. - Vol. 34. – P. 99-135.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРАПУЛЬПАРНЫХ ШТИФТОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШИНИРУЮЩИХ АДГЕЗИВНЫХ ВОЛОКОННЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Кавецкий В.П.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Актуальной проблемой современной стоматологии по-прежнему остаются вопросы, связанные с комплексным подходом к диагностике и лечению патологии маргинального периодонта. Проведенные эпидемиологические исследования свидетельствуют о высокой распространенности и интенсивности заболеваний периодонта среди населения Республики Беларусь [3]. Патологическая подвижность зубов – один из ведущих симптомов данной патологии. Воспаление периодонта приводит к увеличению патологической подвижности зубов, которая, в свою очередь, является ведущим фактором в прогрессировании деструктивных процессов в тканях периодонта. Устранение патологической подвижности зубов представляет собой важнейший компонент комплексного подхода к лечению патологии маргинального периодонта [1].

На сегодняшний день известно множество способов укрепления подвижных зубов. Вместе с развитием новых материалов и технологий происходят эволюционные изменения взглядов на возможности иммобилизации подвижных зубов. Так, начиная со связывания зубов золотой проволокой в Древнем Египте, стоматологи перешли к лигатурному шинированию (по Czyczinsky, 1916), а с появлением композиционных пломбирочных материалов, и к изготовлению шинирующих конструкций на их основе. На современном этапе развития стоматологии, клиническим стандартом являются шины, состоящие из волоконного армирующего каркаса и облицовочного композиционного материала [4, 5]. Данные конструкции позволяют проводить эффективную временную и полупостоянную иммобилизацию подвижных зубов. По данным ряда авторов, волоконные шины следует рассматривать и с позиций конструкций постоянного типа [2]. Наряду с бесспорными преимуществами шинирующих адгезивных волоконных конструкций, процесс их изготовления является сложным, трудозатратным и требует от врача хорошей подготовки и высокого уровня мануальных навыков. Наиболее важным при создании долговечной, отвечающей всем требованиям конструкции, является этап размещения и фиксации волоконного каркаса на твердых тканях опорных зубов. С этой целью, зачастую, подвижные зубы депульпируются, проводится глубокое препарирование (на 2/3) коронки

зуба и используются внутриканальные штифты на этапе фиксации армирующего каркаса, что снижает регенеративные возможности периодонта и продолжительность функционирования опорных зубов.

Предложен способ фиксации подвижных фронтальных зубов, при котором с помощью современных волоконных систем и композиционных материалов создается адгезивная конструкция, объединяющая в единое целое устойчивые зубы и группу зубов с патологической подвижностью. Оклюзионная нагрузка распределяется равномерно между всеми зубами, включенными в шину. Отличительными особенностями предложенного способа являются, во-первых, применение минимально инвазивного препарирования опорных зубов (на 1/3 их толщины), позволяющего сохранять зубы живыми. Во-вторых, использование парапульпарных штифтов для эффективного позиционирования и укрепление волоконного каркаса на опорных зубах. После препарирования на оральных поверхностях опорных зубов ретенционных площадок (глубина до 1/3 толщины зубов, ширина – равна или больше ширины используемого волоконного каркаса). В дентин придесневой стенки отпрепарированных площадок вкручиваются парапульпарные штифты под углом 40-45° к оси каждого зуба. После адгезионной подготовки твердых тканей площадок заготовленный отрезок волоконного каркаса помещается между парапульпарными штифтами и дном отпрепарированных площадок. Следующий этап – фиксация волокна с помощью штифтов ко дну площадок (штифты прижимаются инструментом к коронке). Проводим последовательную полимеризацию каркаса. Заключительным этапом изготовления шинирующей конструкции является послойное заполнение площадок композиционным материалом, с последующей полимеризацией и окончательной отделкой полученной шины. После полировки полученную конструкцию и опорные зубы рекомендуется покрыть фторсодержащим препаратом.

Заключение. Таким образом, предложенный способ иммобилизации фронтальной группы зубов позволит повысить эффективность проведения этапа размещения и фиксации армирующего каркаса на опорных зубах при изготовлении шинирующих адгезивных волоконных конструкций.

Литература.

1. Пархамович, С.Н. Формирование адгезивных шин с неметаллической арматурой при использовании несъемных ортопедических конструкций / С.Н. Пархамович, С.А. Наумович // Современная стоматология. - 2007. - № 4. - С. 25-29.
2. Петрикас, О.А. Несъемные адгезивные протезы / О.А. Петрикас // Стоматология. - 2004. - № 2. - С. 39-40.

3. Результаты эпидемиологического обследования населения Республики Беларусь в 2010 году (часть 2 – периодонтальный статус) / Н.А. Юдина [и др.]. // Стоматологический журнал. – 2011. – № 3. – С. 198-201.
4. In vitro study of fracture strength and marginal adaptation of polyethylene- fibre-reinforced- composite versus glass- fibre- reinforced- composite fixed partial dentures / С. Kolbeck [et al.]. // Journal of Oral Rehabilitation. - 2002. - № 29. - P. 668-674.
5. Static strength of moral region direct technique glass fibre- reinforced- composite fixed partial dentures / S.R. Dyer [et al.]. // Journal of Oral Rehabilitation. - 2005. - № 32. - P. 351-357.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ АДГЕЗИВНЫХ ВОЛОКОННЫХ КОНСТРУКЦИЙ В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Кавецкий В.П.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. На сегодняшний день с целью восстановления целостности зубного ряда стоматологи в своей практике всё чаще используют адгезивные волоконные конструкции (АВК) [1, 3]. Накопленный опыт применения адгезивных протезов зачастую является недостаточным и противоречивым [2, 4]. Неудовлетворительные результаты лечения, полученные при применении данных методик, обосновывают необходимость уточнения и внедрения критериев для оценки отдалённых результатов использования АВК, а также выявление и анализ наиболее часто встречающихся ошибок и осложнений с целью выработки рекомендаций по их профилактике.

Цель работы - провести исследование и анализ дефектов адгезивных волоконных конструкций на основании ретроспективного анализа медицинской документации и осмотра пациентов в клинике терапевтической стоматологии.

Объекты и методы. Объектом исследования явились 48 адгезивных волоконных конструкций, изготовленных прямым методом. Конструкции были подразделены на две группы. Первая группа включала 17 конструкций, изготовленных практикующими врачами-стоматологами. Вторая группа состояла из 31 конструкции, изготовленной на кафедре общей стоматологии БелМАПО. Учитывая клиническую ситуацию, для изготовления применялись различные варианты расположения армирующего каркаса. Все изготовленные конструкции осматривались через один и два года их эксплуатации. При выявлении соответствующих дефектов, учитывая степень выраженности изменений, производилась по показаниям финишная обработка конструкции, коррекция или повторное изготовление всего протеза. Ни

в одной исследуемой ситуации адгезивная волоконная конструкция не была заменена на альтернативный или классический протез. Откорректированные протезы не исключались из наблюдений, а повторно осматривались в соответствующие сроки.

Для достижения поставленной цели разработали методику анализа качества реставраций, основанную на рекомендациях международной ассоциации дантистов (FDI). Для оценки качества эстетических реставраций, изготовленных с применением армирующих волоконных систем, в методику анализа ввели дополнительные критерии: просвечивание армирующей ленты, разволокнение ленты, развитие осложненного кариеса опорных зубов, нарушение фиксации опорных элементов конструкции, перелом промежуточной части конструкции (табл. 1).

Результаты. Анализ полученных данных показал, что сохранность конструкций 2 группы была наибольшей и статистически значимо отличалась от таковых показателей 1 группы ($p < 0,05$). Так сохранность конструкций в 1 группе в течение всего срока наблюдения оставалась низкой и составляла $64,71 \pm 11,59\%$ при первом осмотре. Через два года снизившись до $52,9 \pm 12,11\%$ конструкций. Во 2 группе показатель сохранности конструкций снижался ко второму году, с $90,3 \pm 4,41\%$ при первом осмотре до $80,6 \pm 6,61\%$, соответственно. Сравнительный анализ структуры выявленных нарушений в группах показал, что наблюдаются достоверные различия в их численности.

Как видно из табл. 1, наиболее часто выявляемым признаком в обеих группах является шероховатость поверхности, причём как при первом, так и втором осмотре. Закономерность снижения этого показателя ко второму году также одинаково прослеживается в двух группах. Однако в первой группе количественные значения данного критерия более чем в три раза больше, чем во второй ($52,94 \pm 12,11\%$ - $16,13 \pm 6,61\%$ и $41,18 \pm 11,94\%$ - $12,9 \pm 6,02\%$, соответственно). Следующими признаками по частоте встречаемости в обеих группах являются нарушения анатомической формы и краевого прилегания. Выявленным нарушениям анатомической формы присущи такие же закономерности распределения в двух группах и повторных осмотрах, как и у предыдущего признака. Изменения, требующие изготовления замещающей конструкции заново, чаще регистрировались в первой группе. Число нарушений фиксации опорных элементов; разволокнения ленты растёт ко второму году наблюдений в двух группах, исключением является перелом промежуточной части конструкции во второй группе ко второму году наблюдений, который не регистрировался ни в одном клиническом наблюдении.

Таблица 1
Частота выявленных нарушений АВК

Критерии качества	1-ая подгруппа		2-ая подгруппа	
	1 осмотр	2 осмотр	1 осмотр	2 осмотр
Превосходный результат	5,88±5,71	11,76±7,81	54,84±8,94	39,48±8,59
Просвечивание ленты	11,76±7,81	11,76±7,81	3,23±3,18	3,23±3,18
Шероховатость поверхности	52,94±12,11	41,18±11,94	16,13±6,61	12,9±6,02
Нарушение краевого прилегания	23,53±10,29	29,41±11,05	3,23±3,18	6,45±4,41
Нарушение анатомической формы	17,65±9,25	29,41±11,05	6,45±4,41	9,68±5,31
Дефект пломбы	11,76±7,81	17,65±9,25	3,23±3,18	6,45±4,41
Развитие кариеса	17,65±9,25	11,76±7,81	0	6,45±4,41
Осложненный кариес	11,76±7,81	5,88±5,71	3,23±3,18	0
Разволоknение ленты	5,88±5,71	11,76±7,81	0	3,23±3,18
Нарушение фиксации опорных элементов	11,76±7,81	23,53±10,29	3,23±3,18	12,9±6,02
Перелом промежуточной части конструкции	5,88±5,71	11,76±7,81	3,23±3,18	0

Полученные данные свидетельствуют, что показатели сохранности изготовленных конструкций снижаются ко второму году наблюдений во всех исследуемых группах. При этом установлено, что во второй группе данный показатель к окончанию сроков наблюдения значительно выше, чем в первой - 80,6±6,61% по сравнению 47,06±12,11 конструкций, соответственно. Изучение качества конструкций показало, что среди выявленных изменений наиболее часто определяются шероховатость поверхности, нарушение краевого прилегания и анатомической формы протеза.

Заключение. Анализ данных ретроспективного исследования обосновывает необходимость разработки рекомендаций по изготовлению адгезивных волоконных конструкций с целью снижения числа ошибок и осложнений на этапах восстановления целостности зубного ряда.

Литература.

1. Луцкая, И.К. Основы эстетической стоматологии / И.К. Луцкая. - Минск: «Современная школа», 2005. – 333 с.
2. Мокренко, Е.В. Особенности формирования волоконных опорно - армирующих конструкций при адгезивном протезировании зубных рядов / Е.В. Мокренко, О.В. Семикозов // Клиническая стоматология. - 2006.- № 2.- С. 26-29.
3. Наумович, С.А. Ортопедическое лечение включенных дефектов зубного ряда адгезивными мостовидными протезами / С.А. Наумович, А.С. Борунов, И.В. Кайдов // Современная стоматология. - 2006. - № 2. - С. 34-38.
4. Static strength of moral region direct technique glass fibre- reinforced- composite fixed partial dentures / S.R. Dyer [et al.]. // Journal of Oral Rehabilitation. - 2005. - № 32. - P. 351-357.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Казеко Л.А., Кармалькова И.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Фотодинамическая терапия (ФДТ) - сравнительно новый метод лечения в стоматологии, основанный на применении веществ, чувствительных к свету, и низкоинтенсивного лазерного излучения [1, 2, 3, 4, 5].

Цель исследования - изучить использование фотодинамической терапии в стоматологии.

Объекты и методы. Для реализации поставленной цели было проанализировано 58 отечественных и иностранных источников специальной литературы.

Результаты. В стоматологии метод ФДТ впервые был применен Т. Burns, М. Wilson, G.J. Pearson в 1993 году в отношении деструкции кариесогенной микрофлоры *in vitro*, в частности *Streptococcus mutans*, *S. sobrinus*, *Lactobacillus casei* и *Actinomyces viscosus* [3].

Фотодинамическая терапия - трехкомпонентный метод лечения. Два компонента - фотосенсибилизатор и свет являются экзогенными внешними факторами. Третьим обязательным компонентом фотодинамической реакции является эндогенный фактор – кислород [4, 5]. Основой ФДТ является химическая реакция, развивающаяся в биологических тканях после введения экзогенного фотосенсибилизатора (ФС) и воздействия низкоинтенсивного лазерного излучения с длиной волны, соответствующей пику поглощения данного фотосенсибилизатора [1, 2, 3, 4, 5].

В процессе ФДТ можно условно выделить 4 этапа. На первом этапе производится введение фотосенсибилизатора. На втором этапе происходит накопление ФС в патологическом очаге. На третьем этапе происходит облучение пораженного участка лазерным излучением с длиной волны, соответствующей максимуму поглощения ФС. Четвертый этап заключается в рассасывании разрушенных патологических клеток и замещении их нормальными клеточными элементами [5].

Ключевая роль при ФДТ принадлежит способности фотосенсибилизатора локализоваться преимущественно в клетке-мишени, что приводит к её повреждению при активации красителя светом и сводит к минимуму сопутствующее поражение окружающих тканей [5].

Доказано, что метод в равной степени губителен для бактерий, простейших, грибов и вирусов. Развитие микробной устойчивости

к ФДТ практически исключено, эффективность не зависит от спектра чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, поскольку повреждающее действие фотохимического процесса обусловлено свободнорадикальными реакциями. Бактерицидное действие носит локальный характер и лимитируется зоной лазерного облучения сенсibilизированных тканей при сохранении нормальной микрофлоры в зонах, не подлежащих воздействию [3]. При этом отсутствуют боли, отмечается раннее начало краевой эпителизации, лейкоцитарная инфильтрация выражена незначительно, фазы экссудации и пролиферации сокращаются, не происходит образование рубцовой ткани. Фотодинамическая терапия, проводимая в области длительно незаживающих ран, ведет к уменьшению отека, улучшению кровотока в микрососудах, снижению сосудистого сопротивления, образованию капиллярной сети в зоне поврежденных микрососудов и в бессосудистых участках тканей, последовательному сокращению продолжительности всех фаз заживления раны [1].

В настоящее время фотодинамическая терапия широко применяется во многих областях медицины: онкологии, отоларингологии, гинекологии, дерматологии, гематологии, кардиологии, гастроэнтерологии, гнойной хирургии, офтальмологии и т. д. [1, 5].

Научные исследования указывают на возможность, безопасность и эффективность применения фотодинамической терапии в стоматологии при: комплексной терапии острых и хронических воспалительных заболеваний тканей периодонта; обработке кариозных полостей различной глубины и локализации; обработке корневых каналов при эндодонтическом лечении; отбеливании зубов; комплексном лечении острой и хронической инфекции, лечении длительно незаживающих гнойных ран в челюстно-лицевой хирургии; лечении онкологических заболеваний полости рта. Противопоказания к использованию ФДТ в стоматологии основаны на общих ограничениях к применению низкоинтенсивного лазерного облучения.

Заключение. Применение фотодинамической терапии в стоматологии значительно расширяет возможности врача-стоматолога в лечении различных заболеваний полости рта, является перспективным, недостаточно изученным направлением для исследования.

Литература.

1. Гейниц, А.В. Фотодинамическая терапия в лечебной практике / А.В. Гейниц, Р.Ф. Баум, А.М. Зарецкий // Лечащий врач. - 2005. - № 2. - С. 74-75.
2. Курочкина, А.Ю. Использование фототерапии в лечении болезней периодонта: современные аспекты и перспективы применения в Республике Беларусь (обзор литературы) // Медицина. - 2008. - № 3. - С. 36-39.
3. Новое в лечении заболеваний периодонта: фотодинамическая терапия / С.А. Наумович [и др.]. // Современная стоматология. - 2007. - № 2. - С. 27-29.

4. Орехова, Л.Ю. Фотодинамическая терапия в клинике терапевтической стоматологии / Л.Ю. Орехова, А.А. Лукавенко, О.А. Пушкарев // Клиническая стоматология. - 2009. - № 1. - С. 26-30.
5. Основные направления фотодинамической терапии в медицине / Р.М. Салмин [и др.]. // Новости хирургии. - 2008. - № 3. - С. 155-162.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Казеко Л.А., Александрова Л.Л., Рутковская А.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки рта – поражения, объединенные по морфологическому признаку, представленные такими элементами, как афта, эрозия, язва [2, 4]. Афта - поверхностный дефект эпителия круглой или овальной формы, располагающийся на воспаленном участке слизистой рта, окруженный по периферии ярко-красным ободком и покрытый белесоватым налетом. Эрозия – повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия, возникающее после вскрытия пузырька, пузыря или развивающееся на месте папулы, бляшки, а так же в результате травмы, заживает без рубца. Язва - дефект, захватывающий все слои слизистой оболочки и подслизистого слоя, заживающий с образованием рубца [1]. Эти элементы поражения могут встречаться как признаки механической, термической, химической травмы, так и как проявления соматической патологии (инфекции, онкологии, аллергии, дерматозов и других патологических процессов) [3, 4].

Сложности диагностики эрозивно-язвенных поражений обусловлены тем, что они встречаются при различных нозологических формах патологии, отсутствует специфичность проявлений в зависимости от причины, клиническая картина видоизменяется за короткий промежуток времени, процесс носит упорный, часто рецидивирующий характер [2, 4, 5].

Однако, несмотря на схожесть морфологических элементов, зная детальную характеристику эрозивно-язвенных поражений, учитывая взаимосвязь с проявлениями соматической патологии на слизистой рта, стоматолог может поставить предварительный диагноз и направить пациента на консультацию к дерматологу, онкологу, иммунологу, инфекционисту и другим специалистам, а также определить методы лабораторной диагностики, необходимые для постановки окончательного диагноза.

Таблица 1

Характеристика элементов поражения в соответствии с предполагаемым диагнозом

Элемент поражения		Диагноз		
		Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	Герпетический стоматит	
Элементы поражения	Афта	+	+	
	Эрозия	+	+	
	Язва	+	+	
Коли-чество	Единичные (1-3)	+	+	
	Множественные	-	+	
	Сливающиеся	-	-	
Состояние подлежащей слизистой	Воспаление	+	+	
	Атрофия	-	-	
	Гиперкератоз	-	-	
	Гиперплазия	-	-	
Характеристика элементов поражения	Длительно не заживающие	-	-	
	Плотный инфильтрат в основании	-	-	
	Дно язвы	гладкое	-	-
		бугристое	-	-
	Края язвы	ровные	-	-
		Подрытые, неровные	-	-
	Наличие некротического налета	-	+	
	Болезненность	+	+	
	Поражение слизистых глаз, гениталий	-	+	
	Поражение кожи	-	+	
Симптом Кебнера	-	-		
Симптом Никольского	-	-		
Характеристика элементов поражения	Эрозивно-язвенная форма плоского лишая	-	-	
	Эрозивно-язвенная форма красной волчанки	-	-	
	Пузырчатка	-	-	
	Кандидоз и другие микозы	-	-	
	Сифилис	-	-	
	Туберкулез	-	-	
	Хламидийная инфекция	-	-	
	ВИЧ-инфекция	+	+	
	Лейкозы и другие заболевания крови	-	-	
	Декомпенсированные заболевания сердечнососудистой системы	+	+	
	Новообразования злокачественные СОРП	-	-	
	Травматические повреждения СОРП	-	-	
	Герпетический дерматит Дюринга	-	-	
	Эрозивно-язвенный стоматит неясной этиологии	+	+	
	Многоформная экссудативная эритема	+	+	
Синдром Стивенса-Джонсона (Баадера), синдром Лайелла	+	+		
Эритроплакия, лейкоплакия	+	+		

Цель исследования – разработка таблицы дифференциальной диагностики эрозивно-язвенных элементов поражения слизистой оболочки рта.

Результаты. На основании детальной характеристики элементов поражения при различных нозологических формах патологии с учётом состояния слизистой рта во всех анатомо-топографических зонах разработана таблица дифференциальной диагностики эрозивно-язвенных поражений слизистой полости рта, что поможет при постановке диагноза.

Из табл. 1 следует, что образование единичных афт на слизистой рта характерно при хроническом афтозном стоматите, а множественных - при герпетическом стоматите и ВИЧ – инфекции. Чаще множественные эрозии встречаются при герпетическом стоматите, ВИЧ – инфекции, многоформной экссудативной эритеме, синдроме Стивенса-Джонсона (Баадера), синдроме Лайелла, эрозивно-язвенных формах плоского лишая и системной красной волчанки (СКВ), пузырчатке, хламидийной инфекции и т. д. Длительно не заживающие язвы являются специфическим элементом поражения при сифилисе, туберкулезе, а также проявлением декомпенсированных состояний при сердечно-сосудистой патологии и онкологии. Подлежащая слизистой может быть воспалена при всех инфекциях, атрофирована – при красной волчанке, гиперкератоз может наблюдаться при плоском лишае и лейкоплакии. Сочетанное поражение кожи и других слизистых характерно для плоского лишая, пузырчатки, многоформной экссудативной эритемы, кандидоза, ВИЧ – инфекции, при различных синдромах.

Симптом Кебнера и Никольского отмечается при пузырчатке и синдроме Стивенса-Джонсона (Баадера), синдроме Лайелла.

Заключение. Таким образом, результаты исследования помогут стоматологу сориентироваться в постановке предварительного диагноза и определении направления пациента на консультацию к другим специалистам, а также в выборе методов лабораторной диагностики. Однако следует помнить, что для постановки окончательного диагноза необходимо проведение специальных лабораторных методов диагностики.

Литература.

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ: учебное пособие / Л.А. Цветкова [и др.]. - М.: МЕД пресс-информ, 2005. - 208 с.
2. Ланге, Д.Е. Диагностика, клиника и лечение язвенных, везикулобуллезных и десквамативных поражений полости рта / Д.Е. Ланге // Клиническая стоматология. - 1999. - № 1. - С. 44-47.
3. Рабинович, И.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта / И.М. Рабинович, Г.В. Банченко // Стоматология для всех. - 1998. - № 3. - С. 16-19.

4. Роль инфекции в развитии эрозивно-язвенных поражений слизистой рта / Л.Л. Александрова [и др.]. // Современная стоматология. - 2010. - № 2. - С. 29-31.
5. Differential diagnosis of oral lesions and Maxillofacial Lesions / K. Norman [et al.]. – London: «Fifth addition», 1997. - 150 p.

ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Козел О.А., Короленко К.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Курение – медико-социальная проблема, масштабы которой неумолимо расширяют свои границы. И касается это и курящей, и некурящей части общества. Курильщики с каждой затяжкой вредят своему здоровью, а с каждым выдохом – здоровью ни в чём неповинных пассивных курильщиков. Курение и борьба с ним требуют пристального внимания со стороны государства. Неоднозначное отношение самих курильщиков и некурящих людей к данной проблеме, особенности менталитета населения, экономические интересы государства, – все это создает значительные препятствия для реализации различных антитабачных программ и мероприятий.

Целью исследования явилась общая оценка ситуации по борьбе с табакокурением в Республике Беларусь, изучение отношения к курению молодежи.

Объекты и методы. Изучение источников специальной литературы по данной теме, анкетирование. В ходе исследования была разработана анкета с вопросами, касающимися отношения молодых людей к курению, их знаний о вреде курения для здоровья, их взглядов на возможные способы борьбы с курением. В ходе исследования проанкетировано 100 студентов УО «Белорусский государственный университет физической культуры» (УО БГМУ) и УО «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники» (УО БГУИР) в возрасте от 17 до 26 лет (50 мужчин, 50 женщин). Отклик составил 98%. Была проведена статистическая обработка материала.

Результаты. В Республике Беларусь предпринимаются необходимые меры по борьбе с табакокурением. Так, например, указом Президента Республики Беларусь подписана Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (Указ Президента Республики Беларусь от 2 июня 2004 г. №266 «О подписании Республикой Беларусь Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»). В стране запрещена реклама табачных изделий; изменены в соответствии с рекомендациями ВОЗ требования к их упаковке; проводится работа по созданию территорий, свободных от курения; запрещено курение в ряде общественных мест.

При Министерстве здравоохранения Республики Беларусь создан Межведомственный координационный совет по вопросам формирования здорового образа жизни. Организована широкая информационно-образовательная деятельность по профилактике табакокурения, в осуществлении которой все большую активность проявляет молодежь. Ежегодно проводятся Единые дни здоровья (Всемирный день без табака, Всемирный день некурения, Всемирный день здоровья и т. д.), праздники, акции. Наиболее ярким примером таких акций является республиканская акция «Беларусь против табака». В настоящее время приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.04.2011 года № 385 утверждены такие документы, как: «Концепция реализации государственной политики противодействия потреблению табака на 2011-2015 годы» и «Комплексный план мероприятий по борьбе против табакокурения на 2011-2015 годы». В разработке этих документов приняли участие специалисты заинтересованных органов государственного управления, представители государственных и общественных организаций. Основная цель утвержденных документов - профилактика табакокурения и создание условий для защиты здоровья граждан от последствий потребления табака и воздействия табачного дыма путём реализации мер, направленных на снижение потребления табака. Мероприятия плана предусматривают внесение изменений в действующее законодательство, широкую информационную работу, мониторинг эффективности проводимых мероприятий, осуществляемых во взаимодействии с заинтересованными органами государственного управления, государственными и общественными организациями.

Результаты анкетирования. Курящими себя считают 16% респондентов (8% девушек, 24% парней); 29% опрошенных никогда не пробовали курить (36% девушек, 22% парней); 8% курили раньше долгое время (4% девушек, 12% парней). 75% считающих себя курильщиками, пытались бросить курить (100% девушек, 67% парней). Самый распространенный ответ, почему не удалось – отсутствие силы воли. При этом 43,75% не считают себя зависимыми от курения. 81,25% курильщиков безразлично относятся к настораживающим надписям на пачках сигарет.

При этом 31,25% курильщиков указали, что могли бы бросить курить ради близкого человека, 25% заявили о возможности бросить курить ради своего здоровья, а 12,5% респондентов возможной причиной отказа от курения назвали высокую стоимость сигарет. 6,25% не желают расставаться с этой привычкой ни при каких условиях.

В 2007-2008 годы проведено научное исследование по оценке стоматологического статуса, а также степени мотивированности к профилактике стоматологических заболеваний среди студентов УО БГМУ [1]. Оценивалась также и распространенность курения. Было обследовано 442 человека в возрасте от 17 до 24 лет. Среди обследованного контингента распространенность курения составила 20%.

Заключение. В Республике Беларусь ведется активная борьба против курения, подкрепленная законодательными актами. Несмотря на предпринимаемые меры, процент курящих среди молодежи остается высоким. Возможными рычагами воздействия на курильщиков молодого возраста являются такие меры, как: поддержка близких людей, информирование о негативном влиянии табака на здоровье (социальная реклама), увеличение стоимости табачных изделий, запрет курения на рабочих и в общественных местах.

Литература.

1. Козел, О.А. Оценка стоматологического здоровья среди молодежи РБ / О.А. Козел, Д.А. Романчук // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики. Сборник научных трудов, Т. 2. – Минск.- 2011. – С. 107.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК НА ОСНОВЕ ГИДРОКИСИ КАЛЬЦИЯ **Куцевляк В.Ф., Сурмина М.Р.**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина*

Введение. Вопрос лечения кариеса и профилактики его осложнений является достаточно актуальным на сегодняшний день, как во взрослой, так и в детской терапевтической стоматологии [1, 3]. Наиболее часто и широко используемыми материалами для лечения глубокого кариеса на сегодняшний день являются материалы на основе гидроокиси кальция. Данные материалы зарекомендовали себя как наиболее эффективные [2, 4].

Целью исследования явилось определение клинической эффективности и сравнительный анализ кальций содержащих лечебных прокладок с резко выраженной щелочной реакцией среды, в рамках лечения глубокого кариеса.

Объекты и методы. Была исследована отечественная лечебная прокладка на основе гидроокиси кальция, произведённая на Харьковском предприятии «Стома-технология»: «Calcisol» – нетвердеющая, на водной основе, с высокими показателями рН-11,8. В качестве контрольного образца для сравнения взяли

приблизительно идентичную по составу и механизму действия лечебную прокладку «Кальцевит» «ВладМиВа».

Эффективность лечения острого глубокого кариеса с использованием кальцийсодержащих прокладок была изучена в 55 зубах у 49 пациентов. Женщины составили 59,3%, мужчины 40,7%. Средний возраст пациентов был 31 год (от 18 до 40 лет).

Пациенты были разделены на две группы, обследованы и пролечены. Первую группу составили 27 зубов, для лечения которых была использована отечественная лечебная прокладка «Calcisol». Вторая группа включала 28 зубов, при лечении которых была использована российская лечебная прокладка «Кальцевит».

Сбор анамнеза и клинические обследования пациентов проводили известными методами. В качестве одного из дополнительных методов исследования применили измерение электропроводности дентина (ЭПД). Полученные данные записывали в специально разработанную таблицу.

После постановки диагноза проводили частичную препаровку кариозной полости острыми стерильными борами с достаточным водяным охлаждением для удаления нависающих краёв эмали и поверхностного слоя размягчённого дентина. На дно кариозной полости накладывали одну из исследуемых лечебных прокладок и закрывали зуб временным светоотверждаемым материалом или СИЦ (стеклоиономерным цементом). Через две недели проводили повторный осмотр пациента, проверяли исследуемые клинические параметры, показатели ЭПД. Удаляли временную пломбу и остатки лечебной прокладки. Повторно на дно кариозной полости накладывали лечебную прокладку и закрывали зуб постоянной пломбой из СИЦ сроком на шесть месяцев. После чего проверяли динамику исследуемых показателей.

Результаты. Для более полного и чёткого представления о динамике клинических признаков использовали бальную систему оценивания. В каждое посещение при сборе анамнеза и клинических исследованиях оценивали каждого пациента и через 2 недели (6 мес.), общая сумма баллов достоверно отличалась от таковой до лечения.

Выявлено, что под влиянием лечебного действия прокладки «Calcisol» полная редукция жалоб отмечена у 92,6% пациентов, а при использовании прокладки «Кальцевит» у 89,3%. Через 6 месяцев наблюдения у всех (100%) обследуемых и жалобы исчезли. Достоверных отличий по этому показателю между группами не имелось, что свидетельствует о равноценности клинического эффекта сравниваемых прокладок в отношении регрессии жалоб пациентов. Сравнительная

характеристика дна кариозной полости в группах после лечения показывает, что доля лиц с пигментированным, плотным безболезненным дном после лечения прокладкой «Calcisol» (22,2%) в 1,55 раза была выше, чем в группе с применением прокладки «Кальцевит» (14,3%). Однако эти различия носят характер тенденции, так как разница в группах пациентов составила всего 6,9%.

Такая же тенденция установлена и в отношении лиц со светлым плотным безболезненным дном, которое среди пациентов, получавших лечение с применением прокладки «Calcisol» (55,6%) встречались в 1,1 раза чаще, чем в группе с «Кальцевит» (50%).

Данные о результатах термической пробы после лечения в группах, указывают на то, что безболезненная реакция отмечена несколько чаще в группе «Calcisol» (37% по сравнению 28,6%). Доля пациентов с умеренной, быстро проходящей болью была примерно равной в группах и составила 48,1% у лиц, пролеченных «Calcisol» и 46,4% в группе сравнения. Что касается сильной, быстро проходящей боли, то она чаще в 1,7 раза определялась у пациентов, пролеченных «Кальцевит» (составило 25% и 14,8%). Однако эти различия имели характер тенденции. Через 6 месяцев указанная выше тенденция осталась неизменной.

После лечения получены следующие значения показателей ЭПД. В группе, лечавшихся «Calcisol» отмечена только тенденция к более выраженному снижению ЭПД. Так, через 6 месяцев от начала лечения очень низкие значения ЭПД (2-1 мкА) в группе «Calcisol» определялись в 2,4 раза чаще, чем в группе «Кальцевит» (25,9% и 10,7%, соответственно). Однако эти различия также имели характер тенденции.

Выявленные тенденции более значимого одностороннего эффекта прокладки «Calcisol» по сравнению с прокладкой «Кальцевит» по отдельным градациям значений ЭПД проявили свой накопительный эффект при сравнении среднеарифметических значений ЭПД в группах. Если через 2 недели после лечения более высокие средние значения ЭПД в группе «Calcisol» ($5,82 \pm 0,1$) чем в группе «Кальцевит» ($5,64 \pm 0,1$) имели только характер тенденции, то через 6 месяцев от начала терапии значения ЭПД в группе «Calcisol» $2,69 \pm 0,09$ достоверно были выше, чем в группе «Кальцевит» $2,43 \pm 0,08$ ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, проведенный анализ позволил сделать вывод, что отечественная прокладка «Calcisol» не только не уступает по комплексу терапевтических свойств зарубежной прокладке «Кальцевит», но и превосходит таковую. Исходя из изложенного и более низкой стоимости отечественной прокладки «Calcisol» это делает предпочтительным применение её в клинической практике.

Литература.

1. Борисенко, А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов: монография / А.В. Борисенко. - М.: «Книга плюс», 2003. - 29 с.
2. Салова, А.В. Сравнительное изучение лекарственных композиций при лечении глубокого кариеса зубов с применением метода реодентографии: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / А.В. Салова; СПбМУ. - СПб., 1997. - 16 с.
3. Стрелюхина, Т.Ф. Стоматологические пломбировочные материалы: монография / Т.Ф. Стрелюхина. - Л.: «Медицина», 1969. - 197 с.
4. Brannstrom, M. Dentine and pulp in restorative dentistry / M. Brannstrom. - London: «Wolf», 1981. - 126 p.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА КОРНЕВОЙ РЕСТАВРАЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НОВЫХ ЭНДОГЕРМЕТИКОВ «ЦИТОФИЛ F» И «ЦИТОФИЛ SA»

Куцевляк В.Ф., Любченко О.В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина*

Введение. Главная цель завершающего этапа эндодонтического лечения - герметичная трехмерная obturation, стабильная во времени и предотвращающая реинфицирование корневого канала. Герметизм – одно из важнейших свойств obturation. Большое число работ посвящено решению проблем герметизации корневого канала и соответствия различных групп силеров [3]. Как правило, заполнение канала одной пастой не дает достаточной герметизации и быстро возникает микроподтекание по линии соединения материала и дентина канала и, следовательно, его реинфицирование. Поэтому большинство разработчиков рекомендуют использовать филлеры в качестве уплотнителей [2]. Герметизм корневой пломбы также зависит от толщины плёнки, создаваемой силером. Чем она тоньше, тем большей способностью равномерно распределяться в корневом канале, запечатывать дентинные каналы и микроответвления, обладает материал [3].

Цель работы – определение качества obturation корневого канала при использовании новых эндогерметиков «Цитофил F» и «Цитофил Са» по данным лабораторных исследований.

Объекты и методы. «Цитофил» представляет собой текучий композит двойного отверждения. Состоит из комплекта основной и катализаторной паст, смешиваемых непосредственно перед использованием. Основная паста включает инициаторы фотополимеризации. Материал содержит рентгенконтрастный наполнитель. Полимеризуется за счёт химического взаимодействия компонентов пасты и при фотоинициации, что значительно упрощает

работу с материалом. Рабочее время после смешивания – 5–10 минут; время отверждения в полости рта 25-30 минут; глубина отверждения при фотополимеризации в течение 30 секунд с расстояния 3-4 мм – около 3 мм [1].

Для достижения поставленной цели проводили следующие лабораторные и экспериментальные исследования: водопоглощение и водорастворимость; определение образуемой материалом плёнки; определение величины адгезионной прочности соединения к стенкам корневого канала [5]; проницаемость корневой реставрации для красителя; особенности соединения материал-дентин (по данным РЭМ).

Результаты. Проведенные исследования показали, что водопоглощение и водорастворимость материалов находятся в пределах, рекомендуемых ИСО [4] (табл. 1).

Материалы обладают возможностью образовывать плёнку толщиной 10 мкм. При исследовании адгезионной прочности соединения «Цитофил Са» и дентина стенки корневого канала получен результат в $14,62 \pm 0,7$ МПа, а адгезия «Цитофил F» определена в $22,19 \pm 1,02$ МПа. Выполненные корневые реставрации предложенными материалами являются полностью герметичными и не пропускают краситель, образуя плотный контакт со стенкой корневого канала на всем протяжении.

Таблица 1
Водопоглощение и водорастворимость новых эндогерметиков «Цитофил F» и «Цитофил Са»

Материал	Водопоглощение		Водорастворимость	
	мкг/мм ³	% масс.	мкг/мм ³	% масс.
«Цитофил Са»	37,8	2,1	10,1	0,56
«Цитофил F»	31,1	1,68	6,4	0,34

При анализе электронограмм шлифов зубов пломбированных материалами «Цитофил Са» и «Цитофил F» определяется, что материал плотно, без отрывов прилегает к поверхности стенки корневого канала. Просвет дентинных трубочек пустой не содержит пломбировочного материала и обрывков тканей во всей видимой области снимков. «Цитофил F» неоднороден по составу и состоит из частиц различных размеров от мелких 0,5X0,5 мкм, средних 2,1X2,85 мкм и крупных 2,3X4,25 мкм. Контакт между частицами не плотный микротрещины не определяются. При анализе структуры материала «Цитофил Са» видно, что он также неоднороден по составу и состоит из частиц различных размеров от мелких 1X1 мкм, средних 1,5X3,5 мкм и крупных 1,5X7 мкм. Контакт между частицами не плотный местами определяются микропоры диаметром от 3 до 5 мкм.

Заклучение. Результаты проведенных экспериментальных исследований показали, что по водопоглощению, водорастворимости, толщине образуемой плёнки, адгезии к стенке корневого канала, проницаемости для красителя и по характеру контакта со стенкой корневого канала композиционные материалы двойного отверждения «Цитофил F» и «Цитофил Са» соответствуют необходимым требованиям и могут быть рекомендованы к широкому применению в клинике.

Литература.

1. Пат. 26283 Україна. Матеріал для пломбування корневих каналів зубів / В.Ф. Куцевляк [и др.]. – 2007.
2. Политун, А.М. Пломбирочные материалы для корневых каналов: современные взгляды, тенденции развития / А.М. Политун // Современная стоматология. – 1999. – № 2. – С. 12–15.
3. Реставрационные материалы и основы практической эндодонтии / С.К. Суржанский [и др.]. – К., 2004. – 320 с.
4. Стоматологические материалы для пломбирования каналов зубов: первое издание. Международная организация по стандартизации. – Пер. № ISO 6876-86, 1990. – 7 с.
5. Бублій, Т.Д. Пат. 57429 А Україна, А 61С5/04 Спосіб визначення адгезивної міцності зв'язку ендодонтичних матеріалів з твердими тканинами зуба / Т.Д. Бублій, В.І. Доценко, В.І. Макаренко; Українська медична стоматологічна академія (UA). – № 2002107976; Заявл. 07.10.2002; Опубл. 16.06.2003, Бюл. № 6.

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ПОРАЖЕНИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Латышева С.В., Будевская Т.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Среди различных видов дрожжеподобных грибов чаще всего патологические состояния слизистой оболочки рта вызывают *Candida albicans*. Нарушение биологического равновесия между микробной флорой и состоянием тканей полости рта может способствовать развитию кандидозной колонизации с различными клиническими признаками воспаления. Диагностика кандидозных поражений слизистой рта часто проблематична, так как схожие клинические признаки могут присутствовать при различных нозологических формах патологии, вызываемых различными причинами.

Цель работы – систематизация факторов риска при патологии слизистой рта с подозрением на кандидоз.

По данным специальной литературы, в среднем, количество грибов рода *Candida*, заселяющих полость рта, варьирует в пределах от 300 до 500 колоний в норме. Слизистая оболочка, кариозные зубы, незапломбированные корневые каналы, периодонтальные карманы, крипты миндалин могут служить местом обитания дрожжеподобных грибов. Наличие различных штаммов *Candida albicans* в полости рта зависит от гигиенических навыков, факторов риска и состояния организма в целом. Патогенез кандидозной инфекции полости рта обусловлен воздействием как экзогенных, так и эндогенных факторов риска, которые могут способствовать развитию различных типов воспаления (атрофического, кератотического, некротического).

В различных участках полости рта поддерживается разная кислотность, обусловленная ацидогенным потенциалом пищи и продуктов жизнедеятельности микроорганизмов. Кислая среда в полости рта способствует росту грибов рода *Candida*, при увеличении приёма углеводов - их быстрому размножению, приводящему к изменению физиологических процессов в экосистеме ротовой полости, снижению барьерной функции эпителия и иммунологической резистентности слизистой оболочки. Прирост общего количество микроорганизмов может увеличить число грибов рода *Candida*.

Для активации кандидозной инфекции определенное значение имеют такие факторы, как травматизация слизистой оболочки съёмными или несъёмными протезами у пожилых лиц и неправильный гигиенический уход за ними. Съёмные протезы способствуют развитию кандидоза полости рта, воспалительная реакция может быть обусловлена инвазией грибов в ассоциации с другими патогенными микроорганизмами, воздействием их токсинов, увеличением кандидозной колонизации на поверхности акриловых протезов, гиперчувствительностью слизистой оболочки к грибам рода *Candida*, бактериям или кислотам, продуцируемым микрофлорой.

При курении на фоне выраженной микробной ассоциации могут доминировать грибы рода *Candida*, вызывающие нарушение процесса ороговения (резко снижается очищающая способность эпителиоцитов). Большое количество грибов рода *Candida* определяется у курильщиков с выраженными кератотическими изменениями слизистой, особенно в области языка. Клинические проявления таких поражений в полости рта с участием кандидозной инфекции могут быть характерны для волосатой лейкоплакии, ромбовидного глоссита и т. д. [1]. Группы факторов риска, способствующие поражению слизистой оболочки полости рта кандидозной инфекцией представлены в табл. 1.

Неоспоримые факты указывают, что увеличение количества грибов рода *Candida* в полости рта может быть связано с соматической патологией, лучевой нагрузкой, антибиотикотерапией или химиотерапией; особенно агрессивно развивается грибковая инфекция при иммунодефицитных состояниях.

Таблица 1

Группы факторов риска, способствующих поражению слизистой оболочки полости рта кандидозной инфекцией

Увеличение кандидозной колонизации		Увеличение кандидозной колонизации, инвазия
Стоматологические заболевания	Соматическая патология	
Заболевания слизистой Складчатый язык Ромбовидный глоссит Географический язык Хейлиты (Ангулярный, Эксфолиативный и др.) Волосатая лейкоплакия Кариозная болезнь Заболевания пародонта Расстройства саливации Протезный стоматит	Сахарный диабет Синдром Дауна Плоский лишай Болезнь Шегрена и др. ВИЧ-инфекция и СПИД Болезни крови (лейкозы и др.) Антибиотикотерапия и т. д.	Иммунодефицитные состояния организма ВИЧ-инфекция и СПИД Онкологические заболевания Кортикостероидная терапия Радиация и химиотерапия Истощение организма и др. У госпитализированных пациентов кандидоносительство

Заключение. Предполагаемый диагноз «кандидоз» устанавливается на основании выявления факторов риска при опросе и наличии клинических симптомов, характерных для конкретной формы заболевания, и только положительные результаты бактериологических исследований позволяют подтвердить его.

Литература.

1. Латышева, С.В. Кандидоз полости рта (диагностика и методы лечения): учеб.-метод. пособие / С.В. Латышева [и др.]. - Минск: БГМУ, 2005. - 46 с.

РОЗОВАЯ ПУЛЬПА И ОТТЕНКИ ЗУБА

Луцкая И.К.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Эстетическая функция зуба обеспечивается особенностями его морфологии и включает симметрию расположения, размер, рельеф поверхности коронки, а также оптические свойства. Однотометрия и однтоскопия позволяет оценить клинические анатомические признаки, а такие оптические законы отражения, пропускания, рассеивания света объясняют свойственные зубу оттенки, блеск, способность флуоресцировать, опалесцировать. Цветовые характеристики, в свою очередь, связаны с особенностями сложных структур эмали и дентина, в достаточной степени изученных.

Значительно менее понятны механизмы влияния на цвет зуба пульпы, весьма обильное кровоснабжение которой придает ей яркую розовую окраску. При развитии воспалительного процесса изменение тканевого давления вызывает отёк пульпы. Длительное состояние сосудистого стаза может привести к её гибели. Результатом бывает изменение цвета зуба вследствие отсутствия красных лучей от пульпы, или окрашивания твердых тканей пигментами крови.

Целью исследования явилось изучение влияния розового цвета пульпы на определяемый оттенок зуба в лабораторных условиях и клинике.

Объекты и методы. Объектом исследования служили 30 интактных и 30 депульпированных зубов у пациентов от 25 до 45 лет, а также 27 зубов, удаленных по ортодонтическим показаниям у подростков. Изучение цветовых параметров проводили три исследователя в условиях естественного освещения с помощью шкалы VITAPAN 3D-MASTER по параметрам: светлота, насыщенность и тон. Дополнительно предложена шкала условной цифровой нумерации цвета от светлых тонов к более насыщенным. Цвет зуба сравнивали с эталоном. На удаленных зубах последовательно иссекали участки дентина и снова оценивали оттенки. Для имитации красного цвета пульпы использовали заготовки из материала Comp Natur (VOCO), бумажные носители красного цвета.

Результаты. Анализ оптических свойств витальных зубов у пациентов младшей возрастной группы показал преобладание оттенка B2 – 36,7%. Оттенок A2 выявлен в 13,3%, тона A3 и C2 – по 3,3%. Сочетание A2/A3 составило 20%, A1/A2 – 10%, B1/B2/B3 – 6,6%. В цвете депульпированных зубов чаще наблюдались оттенки DG и A4 – по 33,3% соответственно. Оттенок B4 выявлен в 16,7%, A3,5 – в 3,3%. Таким образом, при определении цвета в здоровых зубах преобладали оттенки B2 и A2, что соответствует высокой светлоте, в депульпированных зубах – высокой интенсивности оттенки DG и A4.

У пациентов следующей возрастной группы среди витальных зубов в 76,6% наблюдений были определены оттенки A3/A3,5 и в 23,4% B2/B3, что соответствует средней интенсивности (и светлоте) цвета. При обследовании депульпированных зубов в 70% преобладали оттенки C2/C4 и D3/D4, что соответствует высокой интенсивности. В 30% наблюдений оттенок остаётся, однако увеличивается насыщенность цвета, что сопровождается уменьшением светлоты.

Цвет витальных зубов пациентов группы 3 в 78% наблюдений соответствовал оттенкам A3/A3,5 и в 22% B2/B4, что характеризует

среднюю интенсивность. В депульпированных зубах преобладал оттенок С2/С3/С4 (76,7%), то есть средняя и высокая интенсивность. В 23,3% наблюдений оттенок зубов А2/А3 сохранился, однако насыщенность цвета возросла – А3,5/А4. Таким образом, для витальных зубов характерна низкая интенсивность (или высокая светлота), тогда как для депульпированных зубов – более высокая насыщенность.

При визуальном определении исходного цвета 27 удаленных зубов с помощью шкалы VITAPAN 3D-MASTER установлено, что наиболее часто встречался цвет 2L2,5 (8 зубов), что составило 30%. Чуть реже выявлен цвет на два условных тона темнее 2M3 (6 зубов).

В целом вариации цвета были от номера 4 до 13 (по условной шкале). Оттенок 2M2 имели 4 зуба, 3M2 – 3 зуба, в единичных наблюдениях отмечались зубы светлее или темнее указанных оттенков.

Использование эталонов, имитирующих цвет пульпы для заполнения пространства интактной полости зуба, показало, что при визуальной оценке оттенки цвета зубов не изменялись.

После удаления тонкого слоя околопульпарного дентина в подавляющем большинстве наблюдений (21 зуб) оттенок зуба не изменялся, в трех наблюдениях стал светлее на 2 условных номера, в двух – на 3, а в одном – на 5 условных единиц.

Введение эталонов красного цвета в полость зубов после удаления незначительного слоя дентина практически не изменяло восприятие цвета.

После удаления толстого слоя дентина в 3-х наблюдениях цвет был аналогичным первоначальному определению, у 4-х зубов он стал светлее на полтона, у 8-ми – на один тон, у 8-ми – на два тона, у 1-го – на 2-2,5 тона. Использование эталонов, имитирующих цвет пульпы, после удаления основной массы дентина в 5-ти наблюдениях не изменило цвет зубов. В остальных 22 наблюдениях через истонченные ткани определялся видимый красноватый оттенок.

Удаление основной массы дентина данных зубов вызвало повышение светлоты в подавляющем большинстве наблюдений на 2 и на 1 тон, редко на 3 тона и полутон, на 4 тона в одном наблюдении. У одного зуба цвет остался таким же, как и до препарирования. При использовании красных эталонов после удаления основной массы дентина сквозь оставшиеся ткани зуба в большей или меньшей степени всегда просвечивался красный оттенок.

Заключение. Анализ результатов клинических и лабораторных исследований свидетельствует о значимой роли розовой пульпы в формировании воспринимаемого цвета зуба. Причем, это влияние распространяется не только на оттенки, но и светлоту.

**ИЗУЧЕНИЕ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ГЕРМЕТИЗИРУЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ
И РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОСТИ ПОРТЛАНДЦЕМЕНТОВ
(ИССЛЕДОВАНИЕ IN VITRO)**

Манак Т.Н., Шелудько Н.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Трехмерная obturation корневых каналов – важный барьер для предупреждения инфицирования или реинфицирования периапикальной области (Barthel et al, 1999). Было установлено, что микропроницаемость корневых пломб является причиной неудачного эндодонтического лечения (Madison et al, 1987; Saunders and Saunders 1994). К ситуациям, когда необходимо герметично закрыть сообщение между системой корневого канала и околокорневыми тканями относятся: открытые верхушки корней, резорбтивные дефекты, ретроградное пломбирование после резекции верхушки корня, прямое покрытие пульпы, пломбирование несформировавшихся верхушек корней (апексификация), ятрогенные перфорации, расположенные ниже уровня кости.

К материалам, обеспечивающим герметизацию путей сообщений между системой корневых каналов и полостью рта, а также перирадикулярными тканями, предъявляются дополнительные клинические требования. Они должны отверждаться в присутствии влаги, быть нерастворимыми в крови и внутриканальной жидкости, обеспечивать регенерацию тканей. Обладать достаточным рабочим временем, пластичностью и оптимальными показателями отверждения.

В настоящее время большей части перечисленных выше свойств (особенно клинических) отвечают материалы типа минерал триоксид агрегат (МТА), который представляет собой порошок, состоящий из маленьких гидрофильных частиц. При контакте с водой он формирует массу песочной консистенции, которая вскоре затвердевает.

В УО «Белорусский государственный технологический университет» на кафедре химических технологий вяжущих материалов совместно с кафедрой общей стоматологии УО БГМУ проводится научно-исследовательская работа по разработке базового состава и процесса получения значительно более доступного в ценовом отношении стоматологического цемента по типу МТА.

Цель работы - изучение и сравнительная характеристика рентгеноконтрастности, герметизирующей способности, степени усадки и растворимости материалов типа минерал триоксид агрегата.

Объекты и методы. Рентгеноконтрастность стоматологического цемента определялась согласно стандарту ИСО 4049 и ГОСТу 51744–2001, когда экспонированию на стандартной рентгеновской пленке подвергаются образец испытываемого материала толщиной 1 мм и стандартный образец алюминия, имеющий толщину от 1мм с пошаговым увеличением толщины в 2,3 мА. Плотность, полученная на пленке от образца испытываемого материала, сравнивается с плотностью, полученной на пленке от образца алюминия. Эквивалент плотности, полученной относительно таковой определенного участка алюминия, будет определять рентгеноконтрастность материала.

Герметизирующая способность, усадка и растворимость.
1) 29 одно- и двукорневых экстрагированных человеческих зубов.
2) эндодонтические пломбировочные материалы «МТА Proroot», «Триоксиден» и отечественный портландцемент типа МТА.

Методика. Зубы разделены на 3 группы (по 10 корней в каждой группе), согласно сравниваемым материалам. Инструментальная и медикаментозная обработка каналов, обрезание последних 3 мм корня, так как там содержится множество канальцев апикальной дельты, постановка гуттаперчевого штифта, который был на 3 мм короче, чем канал. Коронковая часть зуба закрывалась стеклоиономерным цементом. Апикальные отверстия были ретроградно запломбированы исследуемыми материалами. Затем вся поверхность образцов, за исключением резекционной, покрывалась 2 слоями лака. Так же несколько зубов (группа сравнения) покрыты 2 слоями лака полностью. Помещение образцов в 1% раствор метиленового синего при pH=7 и сохранение на протяжении 72 часов при t=37°C. Далее образцы промывались проточной водой, и удалялся лак. Производился распил зубов в щечно-язычном направлении с применением двухстороннего металлического сепарационного диска с покрытием из синтетического алмаза D=50мм со скоростью вращения 13000 оборотов в минуту. Оценка глубины проникновения окрашивающего вещества проведена с применением супермакрофотографии. При исследовании корни были отнесены к различным группам, в соответствии со степенью наблюдаемых микроподтеканий: 0 – нет микроподтеканий, 1 – до 25%, 2 – 25-50%, 3 – 50-75%, 4-75-100%. Данные исследования статистически обработаны.

Результаты. Оптимальное содержание рентгеноконтрастного заполнителя составляет 15%, при этом отечественный стоматологический материал типа МТА имеет рентгеноконтрастность в 3 раза выше, чем у дентина и она составляет 3,0 мм алюминия, что

соответствует требованиям госта. На рентген снимке портландцемент отличим как от тканей зуба, так и от гуттаперчи.

В образцах группы отрицательного контроля проникновение красителя отсутствует. Тесты выявили, что различия между исследуемыми группами и контрольной группой статистически не значимы. ($P=0,95$). Следовательно, нет различий между исследуемыми группами.

Заключение. Из приведённого выше следует, что отечественный портландцемент типа МТА обладает безусадочностью, нерастворимостью и хорошей герметизирующей способностью наравне с зарубежными аналогами.

Литература.

1. Тарбинежад, М. Клиническое применение Минерал Триоксид Агрегата (МТА) / М. Тарбинежад // Dent. Art. – 2001. - № 2. – С. 41-44.
2. Agrabwal, J. Способность герметизации амальгамы, цемента Супер ЭБК и МТА при ретроградном пломбировании / J. Agrabwal // Dent. Art. – 2000. - № 4. – С. 54-57.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ КОНВЕРСИИ КОМПОЗИТА

Манюк О.Н.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Максимальная конверсия композита происходит только на 75-80%, то есть отверждённый композит содержит некоторое количество мономера, который совсем не прореагировал. Исследователи содержания остаточного мономера в образцах современных композиционных материалов установили, что у всех существующих композитов имеется выход продуктов неполной полимеризации после их отверждения. Непрореагировавший мономер, выделяясь из реставраций, может оказывать токсическое влияние на пульпу зуба, слизистую оболочку полости рта, ткани периодонта и организм в целом. Матрицей большинства современных фотокомпозитов является мономерная система Bis-GMA.

Одним из методов определения количественного и качественного содержания остаточного мономера в метакрилатах является метод высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЖХ).

При использовании данного метода образцы полимеризованного пломбировочного материала взвешиваются, затем проводится процедура ускоренного старения путём инкубирования их при комнатной температуре в 75% водном этаноле в течение 24 часов, образцы

изымаются из растворов, высушиваются и повторно взвешиваются. Полученные водно-этанольные экстракты фильтруются с использованием тефлоновых фильтров с размером пор 0,45 мкм и подвергаются хроматографическому анализу. Данный метод исследования достаточно надежный, однако требует наличия дорогостоящего оборудования (жидкостного хроматографа с четырехканальным градиентным насосом и двухсекционным термостатом колонок, колонки для разделения компонентов, детектора переменной длины волны) и образцов исследуемых веществ (в нашем наблюдении Bis-GMA, BPA, BADGE и Bis-DMA) для количественного анализа.

Целью изучения явилось установление зависимости между результатами физико-механических методов исследования образцов фотокомпозита (определение усадки методом Архимеда, определение микротвердости по Виккерсу, определение износостойкости на машине трения, определение гладкости поверхности методом атомно-силовой микроскопии, определение прочности на сжатие) и результатами методики ВЖХ.

Объекты и методы. Определение количества содержания остаточного мономера проводилось на образцах материала «Filtek Z250», разделенных в зависимости от методики полимеризации на серии представленные в табл. 1.

Таблица 1
Разделение образцов материала «Filtek Z250» в зависимости от методики полимеризации на серии

Серии	Полимеризатор	Мощность полимеризатора	Время полимеризации	Расстояние до образца
1	«Fotest»		3 минуты	0 см
2	Галогеновый без «мягкого старта»	450 мВт/см ²	30 секунд	0 см
3	Диодный без «мягкого старта»	1100 мВт/см ²	15 секунд	0 см
4	Диодный с «мягким стартом»	1100 мВт/см ²	15 секунд	0 см
5	Диодный с «мягким стартом»	1100 мВт/см ²	15 секунд + «финишное засвечивание»	0 см

Результаты. При анализе и сопоставлении данных полученных при оценке микротвердости композитных образцов и содержания в них остаточного мономера установлена обратная линейная зависимость ($r=-0,85$, $p<0,01$), свидетельствующая о повышении микротвердости композита при более полноценной полимеризации и снижении количества остаточного мономера (рис. 1).

Полученная зависимость даёт возможность сравнить степень конверсии композита, основываясь на данных определения

поверхностной микротвердости. Подобное соотношение установлено и между степенью усадки композита и количеством остаточного мономера в образце (рис. 2).

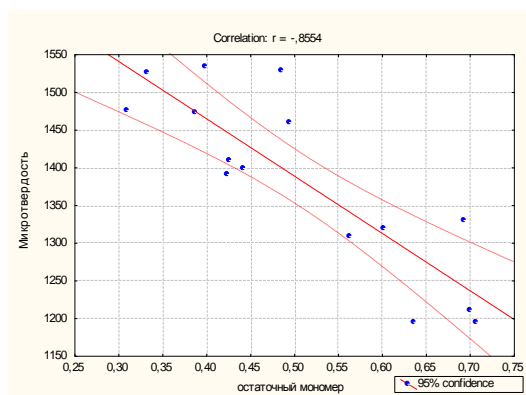


Рис. 1 Зависимость между количеством остаточного мономера и микротвердостью композитных образцов.

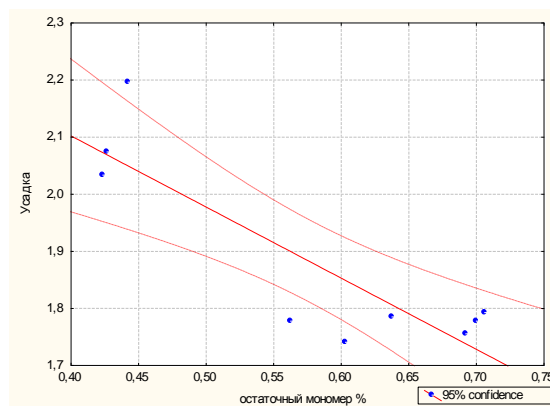


Рис. 2 Зависимость между количеством остаточного мономера и усадкой композитных образцов.

Заключение. Установленная обратная линейная зависимость между количеством остаточного мономера и показателями микротвердости и усадки, позволяет сделать выводы о степени конверсии композита, основываясь не только на данных прямого определения количества непрореагировавшего мономера методом высокоэффективной жидкостной хроматографии, а исходя из показателей микротвердости и усадки. Это может облегчить проведение научных работ связанных с композиционными материалами, поскольку лабораторные методики определения микротвердости и усадки гораздо менее затратные, чем метод ВЖХ.

Литература.

1. Брандон, Д. Микроструктура материалов. Методы исследования и контроля / Д. Брандон, У. Каплан. – М.: Техносфера, 2006. – 384 с.
2. Манюк, О.Н. Комплексная оценка качества композитных реставраций I и II классов по Блеку, выполненных с применением различных режимов светового отверждения, в клинических и лабораторных условиях / О.Н. Манюк // Современная стоматология. – 2009. – № 3/4. – С. 65–68.
3. Удод, А.А. Оценка реставрационных работ в условиях применения различных методов полимеризации фотокомпозитов / А.А. Удод, О.В. Колосова, С.И. Максютенко // Вестн. стоматологии. – 2008. – № 1. – С. 50–51.
4. Asmussen, E. Influence of UEDMA, BisGMA and TEGDMA on selected mechanical properties of experimental resin composites / E. Asmussen, A. Peutzfeldt // Dent. Mat. J. – 1998. – Vol. 14. – P. 51–56.
5. Determination of Bisphenol A and related aromatic compounds released from Bis-GMA-based composites and sealants by High performance liquid chromatography / R. Pulgar [et al.]. // Environ. Health Perspect. – 2000. – Vol. 108. – № 1. – P. 21–27.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ВЫБОР МЕТОДА ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

Модринская Ю.В., Гринкевич К.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Употребление табака оказывает пагубное влияние, как на общее здоровье человека, так и на стоматологическое здоровье в частности. Изменение внешнего вида заставляет курящих пациентов обращаться к стоматологу с целью улучшения эстетики зубов. В свете совершенствования путей мотивации курящих пациентов к отказу от этой привычки актуальной темой является выявление наиболее востребованных методов эстетического лечения зубов.

Цель работы - изучить влияние употребления табака на выбор метода эстетического лечения зубов.

Объекты и методы. Разработанные авторами анкеты были розданы 197 добровольным участникам исследования, проживающим в г. Минске и г. Бресте. Отклик составил 97,5%. Возраст респондентов – от 18 до 39 лет. Среди респондентов 117 женщин и 75 мужчин. Анкеты включали вопросы об удовлетворенности внешним видом и цветом зубов, наличии дефектов фронтальных зубов (кариес, неэстетические пломбы и т. д.), нарушении прикуса, а также о наличии привычки употребления табака (стаж курения, количество сигарет). Кроме того, респондентов просили указать, какие методы лечения они выбрали бы для улучшения эстетики (ортодонтическое лечение, отбеливание зубов, профессиональная гигиена полости рта, эстетические пломбы, коронки или протезы). Для обработки и анализа данных анкетирования применяли статистические методы исследования (описательную статистику, определяли OR (отношение шансов), его достоверность (p) и доверительный интервал (95% CI)).

Результаты. Из 192 человек, полностью заполнивших и вернувших анкеты, 64 отметили употребление табака (33,3%). Среди женщин доля курящих составила 22,2%, а среди мужчин 50,7%. Стаж курения среди женщин был от 1 до 10 лет, в среднем составил 4,3 (SD=+/-2,2), среди мужчин варьировал от 2 до 20 лет, в среднем – 5,9 (SD=+/-3,4). Среднее число ежедневно выкуриваемых сигарет среди женщин было 6,4 (SD=+/-4,9), среди мужчин – 11,9 (SD=+/-6,2). Из 64 курящих респондентов 44 (68,8%) не были удовлетворены цветом своих зубов, а из 128 некурящих – 68 (53,1%). Употребление табака достоверно влияло на удовлетворенность цветом зубов (OR=1,9; p<0,05, 95% CI 0,98; 3,84). Профессиональную гигиену полости рта для улучшения внешнего вида зубов выбирали 65,1% респондентов. Существенных

различий между курящими и некурящими не было (68,8% и 63,3%, соответственно). Сорок три процента респондентов указали в анкетах ортодонтическое лечение (среди курящих – 45,3%, среди некурящих – 41,4%). Эстетические реставрации фронтальных зубов считали необходимым методом лечения 31,8% респондентов. Среди лиц, употребляющих табак, и не имеющих такой привычки этот показатель составлял 37,5% и 28,9%, соответственно. Эстетические искусственные коронки выбирали 13,5% респондентов, среди курящих – 18,8%, среди некурящих – 10,9%. Наименее популярным методом улучшения эстетики зубов в данной возрастной группе были протезы. Этот метод указали в анкетах 4,2% всех респондентов, 4,7% курящих и 3,9% некурящих. Наибольшей популярностью пользовался метод отбеливания зубов. 70,8% всех респондентов хотели бы отбелить свои зубы. Среди курящих этот показатель составил 76,6%, среди некурящих – 68,0%, при этом среди женщин, употребляющих табак – 80,8%.

Заключение. Таким образом, вероятность жалоб на неудовлетворенность цветом своих зубов среди курящих в два раза выше, чем среди некурящих. Наиболее востребованным методом улучшения эстетики зубов в возрасте от 18 до 39 лет оказалось отбеливание зубов. Четыре из пяти курящих женщин хотели бы отбелить свои зубы. Этот факт следует учитывать при планировании лечения стоматологических пациентов, употребляющих табак, и использовать для мотивации к отказу от этой привычки.

Литература.

1. Максимовский, Ю.М. Изучение мотивации пациентов к отбеливанию твердых тканей зубов / Ю.М. Максимовский, Е.В. Орестова, Е.В. Ефремова // Эндодонтия today. - 2010. - № 3. - С. 18-20.
2. Maassen, I.T. Stop smoking advice for patients who smoke: feasible in the dental practice? / I.T. Maassen, J.E. Jacobs, A.J. Plasschaert // Ned Tijdschr Tandheelkd. - 2008. - № 9. – P. 460-465.

ОЦЕНКА МЕХАНИЗМА АДГЕЗИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КОМПОЗИТА И ТКАНЕЙ ЗУБА

Новак Н.В., Запашник Т.А., Есьман А.А.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. При использовании современных композиционных материалов зуб препарировывают с учётом того, что фиксация пломбы осуществляется за счёт микрошероховатости эмали и связи с дентином, а не за счёт механического удержания в полости, как это характерно для цементов и амальгамы. Большое значение имеет качество препарирования и формирования полости для последующего

пломбирования; тщательность удаления размягченного и пигментированного дентина, а также рельеф её поверхностей и краёв. До настоящего времени отсутствуют чёткие показания к применению боров различной абразивности, а имеющиеся данные специальной литературы о влиянии различной степени зернистости алмазных боров на состояние твердых тканей зуба, в частности эмали, достаточно противоречивы [1, 2, 3, 4, 5]. Отсутствие единого подхода к препарированию скоса эмали приводит к ошибкам в проведении данной манипуляции, нерациональному использованию боров, неблагоприятным отдалённым результатам лечения, например, таким, как послеоперативная чувствительность, нарушение краевого прилегания, вторичный кариес. В силу изложенного выше, особую актуальность приобретает обоснование выбора инструментов для оптимального препарирования полостей.

Цель исследования - оценка механизма адгезионного взаимодействия композита и тканей зуба на основе изучения степени шероховатости поверхности формируемого скоса эмали.

Объекты и методы. Исследование структуры поверхности эмали зуба при формировании скоса борами различной зернистости и последующем кислотном травлении проведено на 3 группах по 10 зубов в каждой. На изготовленных из зубов шлифах алмазным бором препарировали скос эмали. В 1-й группе скос эмали выполняли бором с жёлтой маркировочной полосой, соответствующей очень малой степени зернистости – 20 мкм, во 2-й – мелкозернистым бором с красной маркировочной полосой и степенью зернистости 40-50 мкм, в 3-й – среднезернистым бором с синей маркировочной полосой, соответствующей зернистости алмазной крошки 100-120 мкм. После препарирования на 1/2 обработанной поверхности эмали наносили травильный кислотный гель, через 60 секунд его смывали водой и шлиф просушивали воздухом. Исследование структуры поверхности эмали осуществляли в сканирующем электронном микроскопе. Площадь травления изучали на фотографиях при x500, x1000, x2000. Полученную цифровую фотографию обрабатывали в программе Adobe Photoshop 7, выделяли равномерно протравленные и непротравленные участки эмали. В программе Adobe Photoshop CS4 EXTENDED вычисляли общую площадь изображения, площадь протравленных участков и темных зон, не подвергшихся травлению.

Результаты. Показано, что при создании скоса эмали качество её рельефа зависит от степени зернистости алмазного бора. Среднезернистый бор с размером алмазной крошки 100-120 мкм образует на поверхности эмали грубые борозды, неравномерно

протравливающиеся при последующем нанесении кислотного агента, что приводит к появлению на гребнях участков с выраженным травлением призм площадью $61,20 \pm 0,59\%$ и темных протравленных областей, расположенных в углублениях. После обработки бором с мелкой (40-50 мкм) и очень мелкой степенью зернистости (20 мкм) с последующим кислотным травлением эмаль имеет равномерный рельеф, качественно протравленные участки головок и периферии призм. Площадь эмали с чётко определяющимися призмами составляет $94,33 \pm 0,76\%$ и $94,90 \pm 0,83\%$, соответственно для эмали, обработанной мелкозернистым и очень мелкозернистым бором (различия статистически значимы по критерию Краскала-Уоллиса, $H_{\phi}=17,26$, $df=2$, $p<0,001$).

Заключение. Таким образом, для усиления адгезионного взаимодействия тканей зуба и композита при создании скоса необходимо использовать алмазные боры с мелкой (40-50 мкм) и очень мелкой степенью зернистости (20 мкм). Полученные результаты использованы для разработки способа препарирования эмали при лечении зубов с полостями I-V классов по Блэку.

Литература.

1. Дмитриева, Л.А. Терапевтическая стоматология / Л.А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.
2. Золотарева, О.В. Оптимизация препарирования твердых тканей зубов при кариесе различными ротационными инструментами: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / О.В. Золотарева; ГОУ ВПО МГМСУ. – М., 2007. – 16 с.
3. Луцкая, И.К. Основы эстетической стоматологии. / И.К. Луцкая. – Минск: «Соврем. Школа», 2005. – 332 с.
4. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – М.: «МЕДпресс-информ», 2007. – 923 с.
5. Салова, А.В. Особенности эстетической реставрации в стоматологии / А.В. Салова, В.М. Рехачев. – СПб.: «Человек», 2008. – 160 с.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ВОССОЗДАНИИ ОТТЕНКОВ ЦВЕТА РЕСТАВРАЦИИ

Новак Н.В., Кравчук И. В., Коршиков А.Ю., Коршикова Е.Б.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Эстетическое восстановление зуба фотополимерами требует от стоматолога умения объективно оценивать цвет и форму зуба, правильно подбирая оттенки пломбировочного материала, с учётом оптических свойств, как самих композитов, так и твёрдых тканей зуба [2]. Неумение адекватно оценивать параметры зуба, небрежная работа приводят к различного рода осложнениям. Ошибки, допускаемые в процессе выполнения эстетической реставрации зуба,

приводят к тому, что работы приходится переделывать. Описание этапов не гарантирует их исполнения врачами, если отсутствует мотивация и клиническое подтверждение. Анализ данных специальной литературы указывает на то, что авторы не конкретизируют, какие именно цветовые характеристики не были воссозданы при изготовлении эстетической реставрации [3].

Целью исследования явилось изучение основных ошибок воссоздания цвета, допускаемых врачами-стоматологами при изготовлении эстетических реставраций.

Объект и методы. Для выявления основных дефектов реставраций и анализа причин их возникновения у 187 пациентов обследовано 580 эстетических конструкций, изготовленных из современных светоотверждаемых композиционных материалов врачами-стоматологами платных отделений поликлиник и частных кабинетов г. Минска. Оценка их качества проведена с использованием эстетического индекса качества (ЭИК) При анализе работ использовали 12 критериев и балльную оценку их качества. Определяли совпадение оттенков цвета, степени прозрачности, воспроизведение мамелонов, эффекта гало и индивидуальных характеристик зуба [1].

Результаты. Анализ ошибок, допущенных при изготовлении эстетических реставраций врачами-стоматологами поликлиник г. Минска с использованием ЭИК, показал, что из всех работ 49% были выполнены, как отличные, 16% - как хорошие, требующие незначительной коррекции, и 35% - как неудовлетворительные, требующие переделки. Результаты клинической оценки конструкций показали, что из 580 исследованных работ только 243 (41,8%) по критерию «цветовое соответствие» были оценены как «отличные». У остальных 337 эстетических конструкций (52,8%) были выявлены разного рода отклонения. При этом 68% реставраций были выполнены без учёта индивидуальных, возрастных или иных особенностей зубного ряда, из них 57,9% работ отличались по типу прозрачности; 41% - не соответствовали по степени светлоты; 27,9% имели неправильно воссозданный оттенок цвета по шкале VITA; 26% были с белесоватой полосой и 21% имели пигментированную кайму на границе пломба-зуб.

Одну из групп конструкций, отличающихся передачей цвета, составили работы, в которых отсутствовали индивидуальные особенности зуба такие, как пятна гипоплазии, линии гипоминерализации, трещины, окрашенные фиссуры, кольца стираемости. Показано, что 61(18,1%) реставрация не имела индивидуальных особенностей, соответствующих симметричному и рядом стоящему зубу.

Исследование области режущего края выявило, что у 50(14,8%) конструкций не был воссоздан рисунок подлежащего дентина (мамелонов) или он не соответствовал симметричному зубу.

Поры, локализованные в пломбировочном материале, были зарегистрированы в 30(8,9%) пломб. При этом дефекты, находящиеся в глубине в композита, имели белесоватый оттенок, а поверхностные были пигментированы. И те и другие влияли на цвет и прозрачность реставрации.

Просвечивание не удаленных в процессе препарирования некротизированных тканей констатировали в 24 зубах, что соответствовало 7,1%.

Изменение цвета реставраций наблюдали также при использовании металлических штифтов, применяемых для улучшения фиксации пломб. Слабая маскировка штифта, способствующая приобретению конструкцией сероватого оттенка, отмечена у 17(5%) реставраций.

Заключение. Анализ ошибок, допущенных при изготовлении эстетических реставраций врачами-стоматологами платных отделений поликлиник и частных кабинетов г. Минска, показал, что 35% пломб нуждались в переделке. Эти реставрации отличались по цвету, степени прозрачности, были выполнены без учёта индивидуальных, возрастных или иных особенностей зубов пациента. Установлено, что основными причинами дефектов изготовления конструкций являются отсутствие планирования воссоздания цвета, формы и индивидуальных особенностей зуба в будущей реставрации, недостаточное препарирование некротизированных тканей, неправильное распределение опакowych и эмалевых слоев композита при воссоздании оптических свойств зуба, неточности, допускаемые при работе с фотополимерами, некачественная обработка пломбы.

Литература.

1. Критерии оценки эстетических реставраций: инструкция по применению / И.К. Луцкая [и др.]. // Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний: сб. инструкт.-метод. док. – Минск: РНМБ, 2007. – Т. 5. – Вып. 8. – С. 75–79.
2. Луцкая, И.К. Современные фотополимеры в технике восстановительной стоматологии / И.К. Луцкая, Н.В. Новак // Современ. стоматология. – 2009. – № 2. – С. 18–22.
3. Макеева, И.М. Отдаленные результаты восстановления фронтальных зубов композитными материалами светового отверждения / И.М. Макеева, Г.Н. Шелемьева, А.Ю. Туркина // Стоматология. – 2002. – № 5. – С. 41–44.

ОЦЕНКА ОШИБОК, ДОПУЩЕННЫХ ПРИ ВОСПРОИЗВЕДЕНИИ ФОРМЫ ЗУБА

Новак Н.В., Данилова Д.В., Коршиков А.Ю., Коршикова Е.Б.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Широкое внедрение в стоматологическую практику многофункциональных композиционных материалов привело к доступности для населения эстетических реставраций и конструкций, обеспечивающих восстановление зубов в первоначальном или близком к таковому виде и применяющихся при нарушении формы, размеров, положения окклюзионной кривой и других дефектах зубного ряда [2, 4].

Врач-стоматолог может допускать ошибки, которые приводят к развитию осложнений в различные по отдалённости сроки после завершения лечения [1].

Цель исследования - выявление дефектов реставраций, связанных с ошибками, допущенными при воспроизведении формы зуба

Объект и методы. Для выявления основных дефектов реставраций связанных с ошибками, допущенными при воспроизведении формы зуба, у 187 пациентов обследовано 580 эстетических конструкций, изготовленных из современных светоотверждаемых композиционных материалов врачами-стоматологами платных отделений поликлиник и частных кабинетов г. Минска. Оценку их качества по эстетическому индексу качества (ЭИК), включающему исследование 12 параметров: геометрическую форму зуба; размер зуба; признак угла коронки; признак кривизны коронки; признак отклонения корня; десневого контура; режущего края; рельефа вестибулярной поверхности; типа прозрачности зуба; цвета зуба по шкале VITA в пришеечной области, в области экватор, у режущего края; степени блеска эмали; наличие индивидуальных особенностей зуба [3].

Результаты. При клинической оценке по критерию «анатомическая форма зуба» показано, что из 580 эстетических реставраций 166(32%) соответствовали оценке «отлично», остальные 394(68%) имели различного рода отклонения. При статистической обработке реставрации, в которых были обнаружены один или несколько дефектов в воспроизведении анатомической формы, были приняты за 100%.

Наибольшее число ошибок связано с отсутствием в выполненной реставрации признаков, присущих симметричному зубу. Из 394 зубов, в которых были обнаружены дефекты формы, в 268(68%) не прослеживалось признаков кривизны и угла коронки или признака отклонения корня, хотя перечисленные особенности присутствовали в симметричных зубах. Исследования показали, что второй

по численности группой дефектов формы являлось отсутствие выполненного рельефа вестибулярной или жевательной поверхности. В 162(41%) реставрациях не были воссозданы вертикальные валики и бороздки в центральной группе зубов. В молярах и премолярах не всегда воспроизводились фиссуры, опорные и удерживающие бугры. Среди обследованных конструкций в 122(31%) была неправильно воспроизведена геометрическая форма. В основном это касалось центральных и латеральных резцов.

По оценочному критерию «форма режущего края» у 110(28%) реставраций очертания режущего края отличались от симметричного зуба. У пациентов из младшей возрастной группы в 23(7%) реставрациях не были воссозданы выпуклая форма и зубцы режущего края. В 87(22%) конструкциях отсутствовал контактный пункт, или его протяженность не соответствовала естественным зубам. Большая часть таких ошибок наблюдалась в области жевательной группы зубов.

Вертикальные и горизонтальные размеры конструкции не соответствовали естественным параметрам зубов в 43 (11%) реставрациях, преимущественно винирах. Искажение мезио-дистальных размеров в области шейки, экватора и режущего края, а также высоты зуба привели к моделированию иной, чем у симметричного зуба геометрической форме.

У пациентов младшей возрастной группы в 31(7,9%) реставрациях отсутствовал микрорельеф вестибулярной поверхности передних зубов. При отсутствии рассеивания света перикиматиями пломбы воспринимались более темными, чем естественные ткани зуба. В эстетических конструкциях, в которых проводились работы по моделированию контуров десневого края, в 8(2%) наблюдений было отмечено несоответствие формы купола десневого края.

Заключение. Таким образом, при анализе качества 580 эстетических реставраций, выполненных врачами-стоматологами различных поликлиник, показано, что оценкой «отлично» по критерию «анатомическая форма зуба» отмечены только 32%. Большинство реставраций имели разные дефекты, свидетельствующие, что конструкции выполнены без учёта индивидуальных возрастных или иных особенностей зуба.

Следовательно, важным условием при выполнении подобного рода работ является этап планирования эстетической конструкции. При этом реставрируемый зуб сравнивается с симметричным зубом, по геометрической форме, протяжённости контакта между боковыми поверхностями. Проводится одонтоскопия и одонтометрия с измерением вертикальных и мезио-дистальных размеров на симметричных зубах,

определяется наличие макрорельефа и индивидуальных особенностей зуба. Такой подход обеспечивает максимальное соответствие выполняемой эстетической конструкции индивидуальным особенностям зуба пациента.

Литература.

1. Горегляд, А.А. Результаты пломбирования светоотверждаемыми композитными материалами при лечении кариеса в условиях частного кабинета / А.А. Горегляд // Стоматол. журн. – 2007. – Т. 8. - № 4. – С. 324–327.
2. Луцкая, И.К. Моделирование центральных резцов / И.К. Луцкая, Н.В. Новак // Современ. стоматология. – 2009. – № 1. – С. 32–35.
3. Луцкая, И.К. Параметры оценки эстетических реставраций / И.К. Луцкая, Н.В. Новак // Стоматол. журн. – 2009. – № 3. – С. 217–222.
4. Радлинский, С. Виды прямой реставрации зубов / С. Радлинский // Стоматол. журн. – 2007. - № 4.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА СТУДЕНТАМИ БГМУ

Ожешковская Т.И., Емельянчик И.Ю., Батчаева Р.З.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Состояние зубов, дёсен, слизистой оболочки полости рта очень важно для поддержания здоровья организма в целом. Поддержание уровня гигиены полости рта - главное профилактическое мероприятие, направленное на удаление зубного налёта, являющегося фактором риска в возникновении кариеса зубов и болезней периодонта [1]. В связи с этим представляется важным изучить использование дополнительных средств гигиены студентами медицинского университета.

Цель - выявить уровень информированности студентов УО БГМУ об использовании дополнительных средств гигиены полости рта.

Объекты и методы. В ходе исследования было опрошено 100 студентов УО БГМУ различных факультетов, которые условно были разделены на две равные группы: I группа - студенты стоматологического факультета (50 человек) и II группа - студенты других факультетов (лечебный, военно-медицинский, педиатрический, 50 человек). Анкета включала 11 вопросов (число обращений к стоматологу за профессиональной гигиеной, кратность чистки зубов, предпочтения в выборе зубной пасты и щетки, информированность о выборе и использовании дополнительных средств гигиены и т. д.).

Результаты. За профессиональной гигиеной в I группе респондентов обращаются 2 раза в год 38 человек, по мере необходимости - 10, не обращаются вообще - 2. Во II группе

респондентов 2 раза в год обращаются – 15 человек, по мере необходимости - 33, не обращаются - 2 человека.

В I группе опрошенных 2 раза в день чистят зубы - 46 человек, 1 раз в день - 3, как получается - 1. Во II группе 2 раза в день чистит зубы – 31 человек, 1 раз в день - 14, как получится - 5.

Электрическую зубную щётку в I группе предпочитает 1 молодой человек, тогда как ручную использует 49. Во II группе все студенты пользуются только ручной щёткой.

В I группе опрошенных зубную пасту с фтором выбирают 47 студентов, пасту с антисептиком использует - 1, не задумываются о выборе пасты - 2. Во II группе не задумываются о выборе пасты - 24, пасту с фтором используют - 16, с антисептиком-5, выбирают пасту по вкусовым качествам - 5.

В I группе респондентов ополаскиватель не используют - 28, используют – 22 человека. Во II группе респондентов ополаскиватель используют - 5, не используют - 45.

О дополнительных средствах гигиены в I группе опрошенных знают – 49 человек, не знает - 1, используют - 44, не используют - 6. Во II группе опрошенных о дополнительных средствах знают – 30 человек, не знают - 20, используют - 16, не используют - 34.

В I группе респондентов зубную нить используют 40 человек, ёршики - 1, зубочистки - 3, не используют дополнительных средств - 6. Во II группе респондентов зубную нить используют - 14, ершики - 1, зубочистки - 1, не используют дополнительных средств - 34.

В I группе зубную нить с целью очистки межзубных промежутков после еды используют - 19 человек, после чистки зубов - 22, не используют зубную нить - 9. Во II группе зубную нить с целью очистки межзубных промежутков после еды используют - 14, после чистки зубов - 2, не используют - 34.

В I группе неприятные ощущения (боль, кровоточивость и др.) при использовании дополнительных средств гигиены испытывают - 8, не испытывают - 42. Во II группе испытывают - 16, не испытывают - 34.

В I группе о дополнительных средствах гигиены из средств массовой информации (СМИ) узнали 20 человек, от врача-стоматолога - 29, от родителей - 1. Во II группе респондентов о дополнительных средствах гигиены полости рта из СМИ узнали - 27, от врача-стоматолога - 21, от родителей - 2.

Заключение. Анкетирование продемонстрировало большую информированность студентов стоматологического факультета, и их мотивированность на сохранение стоматологического здоровья по сравнению со студентами других факультетов. Эффективный уход

за зубами зависит от стоматологической грамотности и уровня информированности, поэтому среди молодых людей необходимо более активно проводить санитарно-просветительную работу и мотивировать их к сохранению стоматологического здоровья.

Литература.

1. Лобко, С.С. Способы удаления зубных отложений : учеб.-метод. пособие / С.С. Лобко. – Минск: БГМУ, 2009. - 47 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АПЕКСЛОКАТОРА ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Палий Л.И., Назарова П.Н., Рухлевич М.М.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Инновационные технологии нашли применение при лечении осложненного кариеса. Известно, что успешное эндодонтическое лечение является профилактикой одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области [2, 3]. Основные задачи эндодонтического лечения – предотвратить распространение инфекции из корневого канала в периодонт и восстановить функцию зуба. Эндодонтическая обработка корневого канала заключается в очистке его от бактерий и распада пульпы, придании ему формы, позволяющей запломбировать канал на всём протяжении биологически инертным материалом. Канал необходимо обработать до самой узкой его части – апикального сужения. Только при соблюдении этих условий прогноз лечения будет благоприятным [1, 4]. Одним из самых сложных моментов является определение рабочей длины инструмента. Подспорьем являются 3 метода: 1) математический (расчётная длина зуба и корня); 2) рентгенологический; 3) электрометрический.

Электрометрический метод предполагает использование специальных приборов - апекслокаторов, принцип работы которых основан на измерении абсолютного сопротивления или диапазона сопротивления.

Целью исследования явилось определение эффективности применения апекслокации при эндодонтическом лечении.

Объекты и методы. Для электронного определения рабочей длины инструмента при эндодонтической обработке корневого канала использовали апекслокатор первого поколения «Digital Apex Lokator» (производитель «Lumen» Ltd.).

С целью оценки эффективности работы прибора *in vitro*, а также отработки мануальных навыков применили простое устройство. Это

была пластмассовая емкость с 50 мл физиологического раствора, с двумя отверстиями в крышке. В одно отверстие помещали электрод, который обычно фиксируют на губе, а во второе - удалённый зуб, содержимое корневого канала которого было удалено пульпоэкстрактором. В корневой канал зуба вводили второй электрод (файл малого размера), который расположен на измерительном приборе. Работали по инструкции. Исследованию подлежали 22 удалённых и антисептически обработанных зуба. Предварительно замеряли анатомическую длину зуба и вычисляли возможную рабочую длину инструмента. Кроме того, «Digital Apex Lokator» использовали для определения рабочей длины инструмента у 20 пациентов в возрасте 20-45 лет при лечении осложненного кариеса.

Всего лечению подлежало 20 зубов, из них 15 - однокорневых, 5 - многокорневых. Для определения рабочей длины инструмента использовали и рентгенологический метод (по известной классической схеме). Результаты подвергли статистической обработке.

Результаты. При определении рабочей длины инструмента с использованием математического и электрогенного метода (*in vitro*), число совпадений было - $50 \pm 8,2\%$

При сравнении результатов определения рабочей длины инструмента с помощью рентгенологического метода исследования и с помощью апексолокатора выявлено, что число совпадений было у 11 человек из 20 исследуемых, то есть в пределах $55 \pm 9,1\%$. По данным специальной литературы - 60-90% [1, 4]. Следует отметить, что класс электронных приборов в исследованиях указанных авторов был выше.

Заключение. При определении рабочей длины инструмента установлен процент совпадений ($55 \pm 9,1\%$) в сравнении использования «Digital Apex Lokator» и рентгенологического метода при эндодонтическом лечении. Оптимальный вариант определения рабочей длины инструмента в комбинации электронного метода с рентгенологическим и математическим. Электронный метод (апексолокацию) можно применять как альтернативный, в той ситуации, когда противопоказан рентгенологический метод исследования, например, у беременных женщин и у детей.

Литература.

1. Бир, Р. Эндодонтология / Р. Бир, М. Бауманн, С. Ким. – М.: «МЕД пресс- информ», 2004. – С. 142-144.
2. Николишин, А.К. Современная эндодонтия практического врача / А.К. Николишин. - Полтава, 1997. – 112 с.
3. Петрикас, А.Ж. Пульпэктомия / А.Ж. Петрикас. - Тверь, 2000. - С. 185-186.
4. Beer, R. Praktische Endodontie / R. Beer, M.A. Baumann. - Munchen: «Urban & Schwarzenberg», 1994.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИЗУАЛЬНЫХ СИСТЕМ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА

Пустовойтова Н.Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. На сегодняшний день ведущим методом диагностики кариеса зубов является визуальный осмотр [2, 3]. Научно доказано, что визуальная диагностика кариеса – единственный клинический метод, который предоставляет необходимую информацию для выбора соответствующего лечения [3]. Однако существует значительное число диагностических систем, что, зачастую, приводит к затруднению в выборе соответствующего индекса.

Целью данной работы явилась систематизация положительных и отрицательных сторон различных диагностических систем, используемых в практической стоматологии.

Индекс интенсивности кариеса зубов (КПУ) (Klein, Palmer, Knutson, 1930). Индекс КПУ представляет собой сумму кариозных, запломбированных и удаленных по поводу кариеса зубов. Индекс КПУ прост в использовании, позволяет быстро провести оценку кариозного процесса, не требует длительной тренировки исследователей, специальных условий осмотра, позволяет оценить распространенность и интенсивность кариозного процесса. В тоже время индекс не учитывает риск возникновения кариеса, потерю зубов по другой причине, а также нуждаемость в лечении [1, 2].

Индекс интенсивности кариеса зубов Всемирной организации здравоохранения широко применяется в эпидемиологических исследованиях (WHO, 1997). К основным преимуществам индекса относятся: простота в использовании, быстрая оценка кариозного процесса, не требует длительной тренировки исследователей, специальных условий осмотра, позволяет оценить распространенность и интенсивность кариозного процесса, учитывает потерю зубов по другой причине, чем кариес, наличие силантов, вторичный кариес. Основные недостатки: проводится диагностика с уровня кариеса дентина (К3). Не учитывает: риск возникновения кариеса, нуждаемость в лечении, активность поражений, не включает кариес цемента корня [1, 3]. В основу индекса оценки глубины кариозного поражения (Ekstrand et. al., 1995, 1997) положен феномен различий в значениях индекса преломления для воздуха (1,0), воды (1,33) и эмали (1,62). Данная система позволяет учитывать ранние стадии кариозного процесса (по внешнему виду врач предполагает глубину деминерализации твердых тканей зуба). В то же время, обязательно

предварительное обучение и тренировка исследователей, необходимы специальные условия для проведения осмотров: предварительное очищение зубов от зубных отложений, хорошие условия осмотра. Диагностическая система не учитывает: риск возникновения кариеса, нуждаемость в лечении, активность поражений, не включает кариес цемента корня [3].

В основу клинических критериев диагностики кариеса, учитывающих активность кариозных поражений (Nyvad et al., 1999), положено: наличие или отсутствие кариозного поражения, его активность (блеск, цвет, текстура поверхности зуба), наличие или отсутствие кариозной полости, наличие пломб и удаленных по поводу кариеса зубов. Данный индекс учитывает ранние стадии кариозного процесса, полостные и бесполостные кариозные поражения, активность кариозных поражений, оценивает риск возникновения кариеса зубов, определяет нуждаемость в лечении и непосредственно влияет на планирование лечебно-профилактических мероприятий. Однако обязательно предварительное обучение и тренировка исследователей, необходимы специальные условия для проведения осмотров: предварительное очищение зубов от зубных отложений, хорошие условия осмотра, не включает кариес цемента корня [2, 3, 4].

Международная система диагностики и оценки кариеса зубов (ICDAS, 2002) представляет новый принцип диагностики кариозной болезни, базирующийся на научно-обоснованных данных, полученных в ходе систематического обзора литературы по клиническим системам выявления кариеса (Ismail, 2004, Chesters et al., 2002; Ekstrand et al., 1997; Fyffe, et al., 2002; Ekstrand et al., 2001; Ekstrand et al., 2005; Ricketts et al., 2002, B. Nyvad, 1999). Коды для выявления кариеса коронки в индексе ICDAS варьируют в пределах от 0 до 6 в зависимости от степени тяжести поражения. ICDAS II проводит диагностику кариеса начиная с ранних стадий его развития, точно отображает истинную картину заболевания (не только наличие кариозных поражений, глубину повреждения твердых тканей, но и наличие различных терапевтических и ортопедических конструкций, а также их число), определяет необходимость внедрения и объём лечебно-профилактических мероприятий с учётом стадии кариозного процесса, а также глубины поражения, включает кариес цемента корня, учитывается активность кариозных поражений. Ограничениями в использовании является обязательное предварительное обучение и тренировка исследователей, необходимы специальные условия для проведения осмотров: предварительное очищение зубов от зубных отложений, хорошие условия осмотра, большое количество информации [3, 5].

Заключение. Таким образом, выбор клинического индекса для диагностики кариозной болезни следует проводить с обязательным учётом преимуществ и недостатков каждой системы диагностики.

Литература.

1. Казеко, Л.А. Современные подходы в диагностике кариеса зубов. / Л.А. Казеко, С.М. Тихонова, Н.Н. Пустовойтова // Стом. журн. – 2007. - № 2. – С. 251-255.
2. Пустовойтова, Н.Н. Современные подходы к диагностике кариозной болезни: учеб.-метод. пособие / Н.Н. Пустовойтова, Л.А. Казеко. – Минск: БГМУ, 2010. – 44 с.
3. Dental caries: the disease and its clinical management. Second edition / O. Fejerskov [et al.]. – Oxford: «Blackwell Munksgaard», 2008. – 616 p.
4. Nyvad, B. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesion / B. Nyvad, V. Machiulskiene, V. Baelum // Caries Res. – 1999. – Vol. 33. – P. 252–260.
5. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). www.icdas.org.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Рутковская А.С., Казеко Л.А., Александрова Л.Л.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Плоский лишай (ПЛ) – распространенный рецидивирующий дерматоз, в основе которого лежит хронический воспалительный процесс эпителия кожи и слизистых оболочек (кожно-слизистая реакция). По данным специальной литературы [1, 5], в общей структуре дерматологической заболеваемости ПЛ составляет от 1,5% до 11% от всех кожных заболеваний. Частота одновременного поражения слизистых оболочек и кожи составляет от 23 до 28,6%. Следует отметить, что проявления на слизистой оболочке полости рта могут задолго предшествовать возникновению высыпаний на коже или оставаться единственным признаком заболевания [2]. Изолированное поражение слизистой оболочки полости рта (СОПР) составляет от 26,5% до 58% [1, 4]. Считается, что ПЛ чаще возникает у лиц в возрасте от 26 до 70 лет. Преимущественно болеют женщины после 40 лет, однако, в последние годы появились данные о развитии ПЛ в более молодом и даже в детском возрасте [2, 3, 5].

В настоящее время этиология и патогенез ПЛ изучены недостаточно. ПЛ следует рассматривать как мультифакторное заболевание, в патогенезе которого участвуют различные нейроэндокринные, иммунные, интоксикационные и метаболические процессы, немаловажна роль стрессовых ситуаций и нервно-психологических напряжений [3, 4].

Согласно существующим классификациям А.И. Рыбакова, Г.В. Банченко (1978), Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона (1982) выделяют следующие клинические формы плоского лишая СОПР: типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, буллезная, гиперкератотическая и атипичная [1]. Чаще плоский лишай слизистой оболочки полости рта локализуется на слизистой щёк, боковой и дорсальной поверхности языка, реже в области переходных складок, альвеолярного отростка и десневого края, губ и дна полости рта.

Цель исследования - проанализировать частоту встречаемости различных клинических форм ПЛ слизистой оболочки полости рта, определить частоту поражения при ПЛ кожи, СОПР, сочетанных поражений.

Объекты и методы. Объектом ретроспективного исследования явились медицинские карты стационарных пациентов (ф.003/у), находившихся на лечении в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» (УЗ ГККВД).

Статистическая обработка выполнялась с использованием методов описательной статистики, а также параметрической и непараметрической статистики с учётом критерия - χ^2 .

Результаты. Ретроспективно за период с 2005 по 2011 год проанализированы 21824 медицинские карты стационарных пациентов, из них ПЛ СОПР зарегистрирован у 120 лиц. При изучении частоты встречаемости различных клинических форм плоского лишая СОПР (рис. 1) установлено, что чаще регистрировалась типичная форма ПЛ - $59,9 \pm 4,4\%$, эрозивно-язвенная встречалась у $30,8 \pm 4,4\%$ пациентов, экссудативно-гиперемическая - в $8,3 \pm 2,5\%$, гиперкератотическая - в $0,8 \pm 0,6\%$. Такие формы ПЛ СОПР, как буллезная и атипичная, зарегистрированы не были. При сравнении среднего числа фактов клинических форм плоского лишая слизистой оболочки полости рта результаты статистически достоверны ($p < 0,001$).

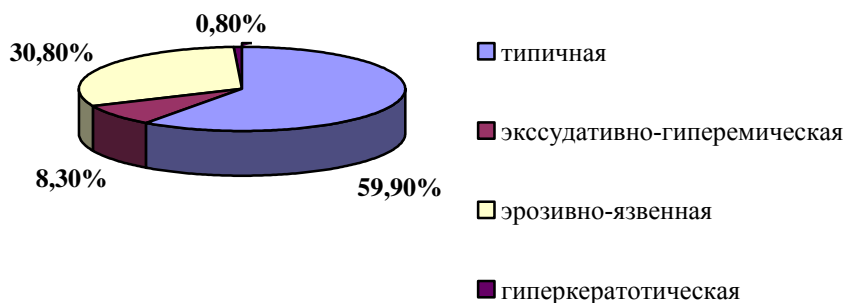


Рис. 1 Клинические формы плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

Ретроспективно за период с 2010 по 2011 год было проанализировано 4155 медицинских карт стационарных пациентов.

Распространенность ПЛ среди дерматологической патологии составила $2,5 \pm 0,06\%$. Кожные проявления ПЛ определены в $64,7 \pm 4,7\%$, сочетанное поражение кожи и СОПР - $22,5 \pm 4,1\%$, изолированное поражение СОПР установлено в $12,8 \pm 3,3\%$ (рис. 2).

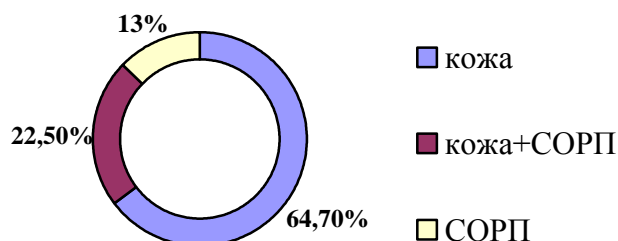


Рис. 2 Частота поражений при плоском лишае кожи, слизистой оболочки полости рта и сочетанных поражений.

Заключение. Типичная форма ПЛ СОПР встречается чаще других форм ($59,9 \pm 4,4\%$; $p < 0,001$). Поражение слизистой оболочки полости рта при ПЛ составляет $35,3 \pm 4,9\%$ (изолированное поражение СОПР – $12,8 \pm 3,3\%$ и сочетанное поражение кожи и СОПР - $22,5 \pm 4,1\%$).

Литература.

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ; под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона. - М.: «Медицина», 1984. - 400 с.
2. Шумский, А.В. Клинико-морфологические особенности и дифференциальная диагностика красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / А.В. Шумский, Л.П. Трунина // Стоматолог. - 2006. - № 4. - С. 20-28.
3. Ackerman, A.V. Differential diagnosis in dermatopathology / A.V. Ackerman, Y. Guo // NY: Albany Medical. college. - 2001. - P. 143-148.
4. Anuradha, C.H. Oral lichen planus / C.H. Anuradha, B.V. Reddy // Rev. NY State Dent. J. - 2008. - Vol. 74. - № 4. - P. 66-68.
5. Zegarelli, D. The treatment of oral lichen planus / D. Zegarelli // Ann. Dent. - 1993. - № 52. - P. 3-8.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГАЛИТОЗА

Сулковская С.П., Казакова М.Г.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Галитоз - термин, используемый для обозначения устойчивого неприятного запаха воздуха, выдыхаемого человеком. Проблема галитоза имеет медицинский и психологический аспекты. Во-первых, наличие галитоза может быть индикатором патологии различных органов и систем организма человека. Во-вторых, благополучие человека в современном обществе во многом определяется его имиджем и межличностными связями. Именно

поэтому в последние годы галитоз рассматривается как социальная проблема [1, 5].

Неприятный запах выдыхаемому воздуху, как правило, придают летучие соединения серы (сероводород, метилмеркаптан, диметилсульфид и т. д.), амины (диметиламин, аммиак), органические кислоты (масляная, изовалериановая). Эти виды соединений появляются в процессе анаэробного расщепления белков (гниения), соответственно и запах нередко характеризуется как гнилостный. Более чем в 85% причина галитоза обнаруживается в полости рта [3, 4].

Применение современных новых и традиционных подходов к диагностике неприятного запаха изо рта позволило определить, что более 2/3 населения нашей страны страдает от этой проблемы, при этом данная патология была обнаружена во всех ключевых возрастных группах (согласно рекомендациям ВОЗ), что ещё раз подтверждает актуальность вопроса [2].

Цель работы – определить основные подходы к лечению галитоза.

Объекты и методы. Объектом исследования явились 46 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, проживающих на территории Республики Беларусь.

В процессе работы использован метод натурального наблюдения, включающий определение индексов ОНI-S, GI, КПИ, органолептическое определение запаха выдыхаемого воздуха.

Комплекс лечебных мероприятий проводился 46 пациентам, обратившимся с жалобами на наличие неприятного запаха изо рта. Всем пациентам были проведены следующие мероприятия: мотивация, обучение методам индивидуальной гигиены полости рта, подбор средств гигиены, включающий зубную пасту, зубную щётку, зубную нить и специальную щётку для чистки языка (скребок для языка). Удаление зубных отложений с последующим регулярным контролем гигиены полости рта.

Обследованным пациентам были выставлены следующие диагнозы: хронический простой маргинальный гингивит $31,9 \pm 7,2\%$ (18 человек), хронический простой периодонтит $32,6 \pm 6,9\%$ (15 человек), хронический сложный периодонтит $28,2 \pm 6,6\%$ (13 человек).

У 33 пациентов была обнаружена сопутствующая патология: заболевания желудочно-кишечного тракта, печени $60,6 \pm 8,5\%$; сахарный диабет $12,1 \pm 7,5\%$; заболевания верхних дыхательных путей $27,3 \pm 7,8\%$

В результате проведенных лечебно-профилактических мероприятий $57 \pm 7\%$ пациентов ощутили полное отсутствие запаха, $25 \pm 6,4\%$ значительные улучшения, $18 \pm 5,6\%$ сохранение запаха.

Пациентам с экстраоральной формой галитоза была предложена консультация соответствующего врача-интерниста.

Результаты. Проведение курса профессиональной гигиены и комплекса лечебно-профилактических мероприятий у пациентов позволяет достичь успеха в борьбе с галитозом в $57\pm 7\%$ наблюдений.

Заключение. Проведенные исследования показывают, что для достижения успешных результатов необходимо сотрудничество пациента, врача-стоматолога и врачей-интернистов. Можно рекомендовать примененный комплекс лечебно-профилактических мероприятий для лечения пациентов с галитозом.

Литература.

1. Заверная, А.М. Современные подходы антигалитозной терапии PRESIDENT и Air-Lift // *Соврем, стоматол.* - 2008. - № 2. - С. 20-22.
2. Сулковская, С.П. Распространенность галитоза среди жителей Республики Беларусь / С.П. Сулковская, Е.М. Гринкевич // *Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии.* Сб. труд., посвященных 50-летию стоматол. фак-та БГМУ. - 2010. - С. 147-148.
3. Arowojulo, V.O. Halitosis (Fetor oris) in patients seen at the periodontology clinic of the University College Hospital, Ibadan – a subjective evaluation / V.O. Arowojulo, E.B. Dosumu // *Niger. Postgrad. Med. J.* - 2004. - Vol. 11. - № 3. - P. 221-224.
4. Greenman, J. Study on the organoleptic intensity scale for measuring oral malodor / J. Greenman [et. al] // *J. Dent. Res.* - 2004. - Vol. 41. - № 1. P. 81-85.
5. Kazor, C.E. Diversity of bacterial population on the tongue of patients with halitosis and healthy patients / C.E. Kazor [et. al] // *J. Clin. Micbiol.* - 2003. - Vol. 41. - № 2. - P. 558-563.

ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ Г. МИНСКА

Урбанович Е.А., Лантушко Н.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Одним из важнейших направлений профилактики кариеса в стоматологии является применение соединений фтора. Фториды в качестве местного средства применяются с целью предупреждения кариеса зубов в течение почти 60 лет. Наиболее распространенными средствами для локальной фторпрофилактики являются фторсодержащие зубные пасты, растворы, гели и лаки. На рынке республики представлено большое разнообразие форм выпуска фторсодержащих препаратов и фирм производителей. Однако критерии выбора, частота и показания к применению фторсодержащих препаратов, вызывают затруднения у врачей-стоматологов.

Цель работы - определить критерии использования фторсодержащих препаратов врачами-стоматологами г. Минска.

Объекты и методы. Было проведено анкетирование 70 врачей г. Минска государственных (35) и частных (35) практик. Анкета включала 6 вопросов по использованию фторсодержащих растворов, гелей и лаков: частота использования фторпрепаратов на стоматологическом приёме при проведении профилактической гигиены и реставрации зубов; вопрос, чем врачи руководствуются при выборе фторпрепаратов и какой фирме производителя отдают предпочтение, рекомендуют ли фторпрепараты пациентам в домашних условиях и какие именно.

Результаты. Фторсодержащие растворы, гели и лаки используются в 100% наблюдений при проведении профессиональной гигиены врачами-стоматологами, как частной практики, так и в государственных учреждениях. При реставрации фотокомпозитами фторсодержащими препаратами пользуется половина врачей (50%), работающих в частных практиках, и только 37,1% стоматологов государственных учреждений проводят эту манипуляцию.

Критерии выбора фторсодержащих препаратов достаточно разнообразны. Большинство стоматологов полагаются на свой опыт - 74,3%, научно обоснованный подход выбирают 62,9% врачей, к рекомендациям коллег прислушивается половина опрошенных - 50%, ценовой фактор - 24,3% играет гораздо меньшую роль, тогда как реклама - 15,7% является самым последним критерием при выборе врачами-стоматологами фторсодержащих препаратов.

В государственных поликлиниках чаще используется «Белак-Ф» (ВладМиВа, Россия) - 69,6%, в то время как в частных поликлиниках «Белак-Ф» не используется вообще. «Fluocal Solute» и «Fluocal Gel» (Septodont, Франция) наиболее часто используется в частных кабинетах 57,1%, в государственных учреждениях им работает 37,1% опрошенных врачей. «Fluor protector» (Ivoclar vivadent, Германия) так же широко применяется в частных поликлиниках 54,3%, в государственных только - 14,3%. «Bifluorid» 12 (VOCO, Германия) часто применяется как в частных, так и государственных учреждениях: 48,6% и 44,7%, соответственно. В государственных поликлиниках 11,4% врачей используют другие фторсодержащие препараты, такие как «Фторосепт» (ВладМиВа); в частных - 25,7%, среди них «Topex Fluoridin Gel» (Sultan, США) и «Multifluorid» (DMG, Германия).

Следует отметить, что 72,9% стоматологов рекомендуют пациентам использовать фторсодержащие препараты в домашних условиях, а 25,7% - используют индивидуальный подход, основываясь на интенсивности кариозного процесса (КПУ) у каждого пациента. И только 1,4% никогда не рекомендуют использование фторсодержащих

препаратов в домашних условиях. При этом 100% врачей-стоматологов рекомендует пациентам фторсодержащие пасты. И только 20% рекомендуют фторсодержащие растворы и гели для домашнего использования.

Заключение. Основная часть опрошенных врачей придерживается рекомендации ВОЗ (1994) по использованию фторпрепаратов: постоянное неинтенсивное воздействие фторидов и периодические воздействия высококонцентрированных фторидов на стоматологическом приёме. Большинство врачей рекомендуют пациентам фторсодержащие препараты в домашних условиях, основываясь, что интенсивность фторпрепаратов должна быть пропорциональна степени риска кариеса. Многофакторность кариозной болезни предполагает, что фторпрофилактики должна сочетаться с другими направлениями профилактики кариеса.

Литература.

1. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по гигиене полости рта и использованию фторидов. - Женева, 1995. – 53 с.
2. Леус, П.А. Коммунальная стоматология / П.А. Леус. - Брест: ОАО «Брестская типография», 2000. – 284 с.
3. Мельниченко, Э.М. Фтор в стоматологии: метод. рекомендации / Э.М. Мельниченко. – Мн.: МГМИ. 1997. – 27 с.
4. Применение фторидов в стоматологии (медицинские и организационные аспекты) / Л.Ю. Лошакова [и др.]. - Кемерово: КемГМА, 2007. – 179 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Федоринчик О.В., Коломиец Н.Д., Тонко О.В.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Успех эндодонтического лечения зуба зависит от качества механического препарирования, антисептической обработки и obturation корневого канала. Стандартная механическая и медикаментозная обработка канала позволяет только частично снизить количество микроорганизмов, тогда как остальная микрофлора находится в системе дентинных канальцев, где сохраняет свой жизненный потенциал и способность к размножению. Уменьшить количество патогенных микроорганизмов возможно путём дополнительного медикаментозного воздействия на них [1, 2].

Цель исследования: изучить микробную контаминацию корневых каналов на этапах их обработки.

Объекты и методы. Объектом микробиологических исследований служили смывы со стенок 34 корневых каналов на этапах их обработки,

которые были распределены на 2 группы: высокой и низкой степени контаминации. Группу с высокой степенью контаминации корневых каналов (с явлениями периодонтита) составили 19 корневых каналов. Группа с низкой контаминацией (без явлений периодонта) была представлена 15 корневыми каналами.

Исследования проводили после стандартной механической и медикаментозной обработки корневого канала; после дополнительной медикаментозной обработки корневого канала 2% раствором хлоргексидина в течение 1-2 минут (в зубах с изменениями в тканях периодонта); после дополнительной медикаментозной обработки корневого канала препаратом «Метапекс» - в группе с высокой степенью контаминации, или «Кальцикур» – в группе с низкой степенью контаминации, в течение 48 часов.

Методика посева: взвесь принимали за разведение материала 10⁻¹. Затем 0,1 мл приготовленной взвеси засеивали сплошным методом на чашку с кровяным агаром. Чашки Петри помещали в термостат. Культивирование проводили с повышенным содержанием CO₂ (5-10%) при 35-37°C, в течение 48 часов.

Результаты. При изучении содержимого со стенок корневых каналов установлено, что в группе с высокой степенью контаминации, после проведения стандартной механической и медикаментозной обработки количество микроорганизмов варьировало от 6000 КОЕ/1мл до 500 КОЕ/1мл. После дополнительной медикаментозной обработки канала 2% раствором хлоргексидина количество микроорганизмов снизилось и составляло 1500 КОЕ/1мл -100 КОЕ/1мл.

В шести из семи проведенных исследований после последующего временного пломбирования корневого канала пастой «Метапекс» рост микроорганизмов отсутствовал, и только в одном из посевов на питательную среду выявлен рост единичной колонии (100 КОЕ/1мл, гр.+кокки).

Исследования показали, что количество микроорганизмов в корневых каналах зубов с диагнозом пульпит с наличием явлений периодонтита после их стандартной обработки, дополнительной медикаментозной обработки и последующего временного пломбирования пастой «Метапекс» значительно снижалось (уменьшалось) на каждом этапе исследования ($p=0,002$ по критерию Фридмана).

При изучении микробного состава установлено, что наиболее часто в исследуемых образцах встречались гр.+кокки (стрептококки, микрококки, пептококки), несколько реже – неотдифференцированные гр.+палочки.

Как показали исследования содержимого со стенок корневых каналов, в группе с низкой степенью контаминации, после проведения стандартной механической и медикаментозной обработки количество микроорганизмов варьировало от 400 КОЕ/1мл до 100 КОЕ/1мл. После дополнительного временного пломбирования корневого канала пастой «Кальцикур» рост микроорганизмов отсутствовал в 8 из 9 посевов, в одном из исследований был выявлен рост единичной колонии (100 КОЕ/1мл, гр.-палочки).

Анализ результатов микробиологических исследований показал, что у пациентов с диагнозом пульпит (без явлений периодонтита) после проведения стандартной механической и медикаментозной обработки количество микроорганизмов составило 100[100/300] КОЕ/мл. Последующее временное пломбирование корневых каналов пастой «Кальцикур» позволило статистически значимо снизить количество микроорганизмов по сравнению со стандартной обработкой ($p=0,012$, по критерию Вилкоксона), до уровня 0[0/0] КОЕ/мл.

При сравнении частоты встречаемости микроорганизмов в корневом канале зуба было отмечено, что гр.+кокки (стрептококки, пептококки, стафилококки) наблюдали в посевах наиболее часто (в 6 из 9 наблюдений). Несколько реже (в одном из 9 наблюдений) обнаруживали гр.+палочки, дрожжеподобные грибы (*Candida*) и гр.-палочки (бактероиды).

Заключение. Таким образом, использование стандартной обработки корневого канала, дополнительной медикаментозной обработки и последующего временного пломбирования пастой «Метапекс» в зубах с высокой степенью контаминации позволило значимо снизить количество микроорганизмов на каждом этапе исследования ($p=0,002$ по критерию Фридмана). Применение дополнительной медикаментозной обработки и временного пломбирования корневого канала в зубах с низкой степенью контаминации позволило статистически значимо снизить количество микроорганизмов в корневом канале ($p=0,012$, по критерию Вилкоксона), что наряду с плотной его obturацией, является одним из основных критериев успешного эндодонтического лечения.

Литература.

1. Казеко, Л.А. Гидроксид кальция в эндодонтии: вчера, сегодня, завтра / Л.А. Казеко, И.Н. Федорова // Современная стоматология. - 2009. - № 2. - С. 4-9.
2. Луцкая И.К., Чухрай И.Г., Новак Н.В. Эндодонтия: практическое руководство / И.К. Луцкая, И.Г. Чухрай, Н.В. Новак. - М.: «Мед.лит», 2009. - 191 с.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ БИОСОВМЕСТИМОСТЬ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ

Храмченко С.Н., Студеникина Т.М.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Адгезивные системы являются очень важным компонентом всех современных методов реставрации зубов в стоматологии. Эти материалы представляют собой сложную смесь разных химических субстанций, оказывающих определённое воздействие, как на твёрдые ткани зуба, так и на пульпу. У врача-стоматолога в клинической практике, за исключением общей инструкции производителя, отсутствуют чёткие практические рекомендации по безопасной и эффективной работе с адгезивными системами. Это определяет актуальность проблемы и необходимость проведения подобных исследований.

Цель работы - сравнительный анализ факторов, влияющих на токсичность адгезивных систем разных типов.

Объекты и методы. Культуральное исследование проводили на 1-суточной культуре клеток мышинных фибробластов линии L-929 с монослойным способом культивирования. Исследовали семь адгезивных систем (Prime&Bond NT, Gluma Comfort Bond, Optibond Solo Plus, Solist, Solobond M, Promt-L-Pop, AdheSE), разделенных соответственно на 1-7 группы. В ходе эксперимента учитывали тип растворителя и pH адгезивной системы. Экспозиция исследуемых материалов с монослоем клеток до их полимеризации составляла 30 секунд, 1 и 2 минуты. На каждую точку эксперимента использовали по три лунки, исследование проводили в трёх повторах. Цитотоксичность оценивали по степени сохранности монослоя клеток, изменению морфологии клеток и их деструкции при микроскопировании живых культур (ув. 100, 400 раз), а также при окраске клеток 0,5% раствором трипанового синего. Пролиферативную активность выражали величиной индекса пролиферации [Ю.А. Винниченко, 1998]. В ходе эксперимента за контроль принимали необработанную препаратами культуру и культуру, облученную только светом галогеновой лампы. Учёт состояния культур клеток проводили через 24, 48, 72 часа, в эти же сроки наблюдения проводили микрофотосъёмку. Для статистической обработки результатов применяли параметрические методы (описательная статистика, критерий Даннета) при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Через 24 часа после воздействия системы во 2-5 группах, имеющие $pH > 3$, незначительно угнетали жизнеспособность клеток. Индекс пролиферации (ИП) при контакте 30 секунд составил у этих систем соответственно $1,7 \pm 0,41$, $1,5 \pm 0,1$, $1,51 \pm 0,18$, $1,75 \pm 0,31$ при значении $1,8 \pm 0,22$ в контроле. Увеличение времени контакта до 1 и 2 минут вызывало незначительное снижение ИП, в среднем на $0,1-0,25$. Достоверных различий с контролем при разном времени воздействия выявлено не было. На микрофотографиях вокруг капли адгезива видна узкая полоса, лишенная клеток, за которой следует неповрежденный клеточный пласт пролиферирующих клеток. Адгезивные системы 1, 6 и 7 групп, имеющие $pH < 3$, через 24 часа показали выраженную ингибирующую активность. ИП у этих систем был достоверно ниже ($p < 0,05$) контроля: соответственно $1,19 \pm 0,32$, $1,1 \pm 0,21$, $1,19 \pm 0,13$. Увеличение экспозиции для этих систем до 1-2 минут ещё больше угнетало активность клеток монослоя. На микрофотографиях монослоя для этих материалов отмечались более широкая полоса, лишенная клеток, наблюдалась дезинтеграция клеток по периферии капли адгезива. Через 48 часов после воздействия материалов 2-5 групп активность клеток монослоя восстанавливалась практически до уровня контроля ($4,2 \pm 0,24$): соответственно $4 \pm 0,17$, $4 \pm 0,18$, $3,7 \pm 0,13$, $3,8 \pm 0,17$. Время воздействия адгезивных систем 2-5 групп на монослой клеток в 2 минуты статистически достоверно приводило к снижению ИП на $0,5-1$ в сравнении с контролем ($p < 0,05$) за исключением 2 группы. Через 72 часа жизнеспособность клеток во 2-5 группах сохранялись, что подтверждается практически полным отсутствием зоны, лишённой клеток, вокруг материала. ИП при времени воздействия 30 секунд составил $5,0 \pm 0,31$; $4,8 \pm 0,21$; $5,5 \pm 0,21$; $4,8 \pm 0,17$ соответственно для 2, 3, 4, 5 исследуемых групп. Культуры клеток, подвергнутые воздействию адгезивных систем из 1, 6 и 7 групп, через 48 и 72 часа по-прежнему отставали от контроля. ИП через 48 часов составил $2,8 \pm 0,17$; $2,8 \pm 0,31$; $2,8 \pm 0,2$, а через 72 часа $-3,1 \pm 0,12$; $3,1 \pm 0,3$; $3,0 \pm 0,15$ соответственно в 1, 6 и 7 группах. Самые низкие показатели пролиферативной активности были в группах, где время контакта материала с монослоем клеток было максимальным – 2 минуты. Различия этих групп с контролем, при времени воздействия 30 секунд – 2 минуты были статистически значимы ($p < 0,05$), что подтверждает морфологическая картина на микрофотографиях.

Заключение. В лабораторных условиях на культуре клеток L-929 выявлены цитотоксические свойства разной степени выраженности у всех исследованных тотальнопротравливающих

и самопротравливающих адгезивных систем. Тип растворителя в адгезивной системе не оказывает значительного влияния на цитотоксичность материала. Ни одна из изученных адгезивных систем не вызывает гибели и прекращения пролиферации клеток в культуре в ближайшие (24 часа) и отдаленные сроки наблюдения (72 часа). При динамическом наблюдении достоверно установлено влияние высокого уровня кислотности ($pH < 3,0$) и увеличения времени контакта с неполимеризованной адгезивной системой (до 2 минут) на повышение цитотоксичности материала. При соблюдении установленного времени воздействия на дентин тотальнопротравливающих систем (до 2 минут) и самопротравливающих систем (до 1 минуты) их применение безопасно для пульпы.

**АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ
СТУДЕНТОВ 5-ГО КУРСА
Храмченко С.Н., Каунова Е.Е.**

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Актуальность темы определяется высокой распространённостью осложнений кариеса (пульпитов, апикальных периодонтитов) во всех возрастных группах населения Республики Беларусь. В структуре оказываемой лечебной помощи средняя потребность в эндодонтическом лечении в Республике Беларусь составляет от 2 до 6 зубов на человека [1]. Доля этих пациентов среди всех пациентов составляет от 45% до 60%. Также в последние годы резко увеличилось число зубов, которые депульпируются (до 85% опорных зубов) по ортопедическим показаниям. В то же время качество лечения корневых каналов остается серьезной проблемой [2]. Из многих причин, определяющих такую ситуацию, по нашему мнению, особого внимания и изучения требует преддипломная подготовка врачей-стоматологов по вопросам эндодонтии.

Цель работы - анализ качества эндодонтического лечения на терапевтическом приёме студентов 5-го курса.

Объекты и методы. Объектом исследования были 85 студентов выпускного курса стоматологического факультета УО «Белорусский государственный медицинский университет», 66 диагностических и контрольных дентальных рентгенограмм, 22 удалённых зуба (10 моляров, 5 премоляров, 3 клыка, 4 резца). Проведено анонимное

анкетирование 85 студентов 5-го курса с помощью разработанной анкеты, содержащей 10 вопросов. Оценка эффективности механической обработки корневых каналов студентами 5-го курса осуществлялась путём ретроспективного анализа диагностическим и контрольных рентгенограмм. Экспериментальная часть работы проводилась на удалённых зубах. После создания адекватного доступа к корневым каналам, проводились стандартные этапы подготовки корневых каналов ручными К- и Н-файлами по методике Step-Back с ЭДТА-гелем и постоянной ирригацией каналов 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата. Пломбировались корневые каналы гуттаперчевыми штифтами с силлером «Эндометазон» по методике латеральной конденсации. Критерии оценки: прохождение корневого канала до апикального сужения, формирование корневого канала в виде конуса, отсутствие уступов, перфораций, отломков инструментов. Метод оценки - контрольная рентгенограмма. Материал обрабатывался статистически с помощью параметрических и непараметрических методов.

Результаты. Опрос респондентов показал, что только $69,4 \pm 5,2\%$ студентов 5-го курсов имеют собственный опыт эндодонтического лечения зубов, $29,4 \pm 4,9\%$ студентов ассистировали или наблюдали за обработкой корневых каналов. Из числа указанных студентов, среднее количество эндодонтически пролеченных зубов составило 11. В $73 \pm 4,9\%$ наблюдений использовалась техника Step-Back. Большинство респондентов ($72 \pm 4,9\%$) отметили проблемы в лечении, особенно в молярах верхней и нижней челюстей. Основными причинами неудач эндодонтического лечения были названы отсутствие достаточных знаний и опыта лечения ($32 \pm 5,1\%$), а также отсутствие необходимого инструментария ($25 \pm 4,7\%$).

Анализ диагностических и контрольных рентгенограмм показали, что эффективная механическая обработка корневых каналов на студенческом приёме имела место только в $23 \pm 5,1\%$. Чаще всего это было связано с неполным прохождением корневых каналов - $38 \pm 6\%$. Анализ результатов эксперимента показал, что эффективность механической обработки корневых каналов на удаленных зубах составила $68 \pm 9,9\%$, что соответствует среднему уровню, но достоверно выше, по сравнению с результатами анализа контрольных рентгенограмм работ студентов (критерий $z=2,873$, $p=0,004$). Соблюдение простых правил обработки каналов в эксперименте позволило снизить частоту таких осложнений как блокирование корневого канала и перфорация стенки с 21% до $4,5\%$ и с 18% до $4,5\%$, соответственно.

Таким образом, определена высокая распространенность ошибок и осложнений при проведении эндодонтического лечения на студенческом приёме. Эффективность механической обработки корневых каналов на студенческом приёме низкая. Основные причины: недостаточный уровень знаний и отсутствие необходимого инструментария. Эффективность механической обработки корневых каналов ручными инструментами с соблюдением общих правил на удалённых зубах средняя, частота осложнений снижается в 4-4.5 раза.

Заключение. В связи с высокой потребностью в эндодонтическом лечении и необходимостью повышения качества оказываемой помощи совершенствование уровня преддипломной подготовки студентов в вопросах эндодонтического лечения является одной из приоритетных задач. Строгое соблюдение общих правил обработки каналов и материальное обеспечение ручными эндодонтическими инструментами даже на среднем уровне позволят значительно повысить качество эндодонтического лечения и снизить частоту осложнений.

Литература.

1. Кабак, Ю.С. Распространенность, рентгенологические и морфологические проявления хронического апикального периодонтита и отдаленные результаты его консервативного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Ю.С. Кабак. – Минск: УО БГМУ, 2005. - 20 с.
2. Сулковская, С.П. Эффективность терапевтического лечения кариеса зубов и его осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / С.П. Сулковская. – Минск: УО БГМУ, 2004. - 18 с.

ЗНАЧЕНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА

Шебеко Л.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Болезни периодонта являются одной из актуальных проблем стоматологии. Их значительная распространённость, сложный патогенез обуславливают разнообразие клинических проявлений и тяжёлые последствия, снижающие качество жизни человека. В результате болезней периодонта в организме формируются очаги хронической инфекции, которые способствуют сенсбилизации и алергизации организма. Предусмотрен комплексный подход к лечению болезней периодонта с включением хирургии, целью которой является устранение условий для накопления патогенных микроорганизмов, вызывающих деструктивные процессы в периодонте. Однако установлено, что даже самые радикальные мероприятия

не являются залогом успешного лечения болезней пародонта, так как полость рта сама по себе является благоприятной экологической зоной для микроорганизмов. Поэтому требуется регулярный контроль за приростом зубного налёта и состоянием пародонта, чтобы предотвратить рецидив и утяжеление болезни. Своевременное выявление и устранение факторов, способствующих болезням пародонта, является наиболее оптимальным направлением для достижения устойчивой стабилизации процесса в пародонте.

Цель работы - определить влияние поддерживающей терапии на отдалённый результат хирургического лечения болезней пародонта.

Объекты и методы. Под наблюдением находилось 18 пациентов в возрасте 35-54 года, с диагнозом: хронический пародонтит средней степени тяжести. Из анамнеза не выявлено тяжелой соматической патологии, вредных привычек.

Диагноз выставляли на основании традиционной схемы обследования стоматологического пациента: опрос; осмотр, включавший определение статуса полости рта первичной визуальной характеристики тканей пародонта; рентгенологическое исследование; детальное исследование состояния пародонта.

Гигиеническое состояние полости рта оценивали по индексу гигиены (ИГ) Green-Vermillion (1964). Статус полости рта и состояние пародонта оценивали с учётом жалоб пациента, данных анамнеза, осмотра тканей полости рта и показателей стоматологических клинических индексов: десневого индекса (GI) Loe, Silness, (1963), PJ по Russel (1956).

План лечения включал: 1) подготовительный этап: мотивацию, обучение гигиене полости рта; профессиональную гигиену с последующим контролем; местную противовоспалительную терапию; 2) повторную оценку состояния пародонта; 3) хирургическое лечение (кюретаж); 4) поддерживающую терапию.

После проведенного подготовительного и хирургического лечения динамическое наблюдение проводили через 2 недели, 3-6-12 месяцев.

В процессе динамического наблюдения учитывали субъективные ощущения пациентов, а также данные объективных методов исследования пародонта: ОНІ – S, РМА, РІ, глубина зондирования.

Результаты. У пациентов, вошедших в группу исследования, были жалобы на кровоточивость дёсен, чувство дискомфорта, неприятный запах изо рта. При визуальной оценке отмечали гиперемию, отёк десны, кровоточивость при зондировании, патологические зубодесневые карманы в среднем $\approx 5,5 \pm 0,05$ мм с гнойным отделяемым. Рентгенологически определяли горизонтальный тип резорбции костной

ткани. Уровень потери кости от 30% до 50%. При определении исходного индекса гигиены у большинства из них (58%) гигиена была удовлетворительной.

Десневой индекс (GI) отражающий степень тяжести гингивита был высокий: в среднем $2,7 \pm 0,05$. Пародонтальный индекс по Russel $\approx 4,2 \pm 0,05$ свидетельствует о тяжести воспалительно-деструктивного процесса в периодонте.

На подготовительном этапе пациентов научили чистить зубы, создали стойкую мотивацию к поддержанию здоровья полости рта.

В результате индивидуальной и профессиональной гигиены, местной противовоспалительной терапии уровень гигиены достиг значений: ОНI-S - $0,9 \pm 0,05$, GI – $1,2 \pm 0,05$, PI – $3,7 \pm 0,05$.

Таблица 1

Показатели динамического наблюдения пациентов с хроническим генерализованным периодонтитом после проведенного кюретажа патологических зубодесневых карманов

	2 недели	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
ОНI - S	$1,1 \pm 0,07$	$1,41 \pm 0,05$	$0,251 \pm 0,12$	$1,94 \pm 0,12$
PMA	$15,3 \pm 4,13$	$20,7 \pm 3,6$	$45,32 \pm 4,35$	$38,21 \pm 3,67$
PI	$3,15 \pm 0,47$	$2,52 \pm 0,29$	$2,16 \pm 0,42$	$1,21 \pm 0,31$
Глубина зондирования	$4,8 \pm 0,05$	$4,8 \pm 0,05$	$4,1 \pm 0,05$	$3,87 \pm 0,05$

Результаты динамического наблюдения после проведенного кюретажа представлены в табл. 1.

Заключение. В связи со сложным патогенезом болезней пародонта необходим комплексный подход к их лечению. В результате активного подготовительного и хирургического лечения улучшается состояние пародонта, снижаются объективные показатели воспалительно-деструктивного процесса.

В то же время, несмотря на уход за полостью рта у пациентов происходит накопление зубного налёта и требуется регулярная поддерживающая терапия, чтобы добиться стойкой стабилизации улучшенного состояния пародонта.

Литература.

1. Безрукова, Л.В. Поддерживающая терапия при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Л.В. Безрукова // Клиническая стоматология. – 2003. - № 2. – С. 52-55.
2. Безрукова, Л.В. Современная концепция поддерживающей терапии / Л.В. Безрукова // Пародонтология. – 2003. № 3. – С. 25-30.
3. Грудянов, А.И. Поддерживающая терапия, ее роль при лечении заболеваний пародонта / А.И. Грудянов // Пародонтология. – 2001. - № 1,2. – С. 24-27.
4. Макеева, И.М. Заболевания пародонта / И.М. Макеева. - М., 2009. – 96 с.
5. Carranza, F.A. Carranza's Clinical Periodontology / F.A. Carranza. – SAUNDERS ELSEVIER. - 2006. - 1286 p.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖИМОГО КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПУЛЬПЫ И АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТА

Юдина Н.А., Коломиец Н.Д., Тонко О.В., Борисенко Г.Н.,
Пиванкова Н.Н.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Согласно современной концепции, микроорганизмы в корневых каналах присутствуют в виде биоплёнки. Биоплёнка представляет собой внеклеточный полисахаридный матрикс, окружающий сообщество микроорганизмов (от 4 до 12 видов бактерий), основную роль в которой играют облигатные и факультативные анаэробы [1].

По результатам многочисленных исследований при эндодонтических инфекциях, сопровождающихся болью и воспалительными явлениями, наиболее часто обнаруживаются такие роды бактерий, как *Porphyromonas*, *Prevotella*, *Peptostreptococcus* и *Fusobacterium*. При эндодонтических инфекциях, протекающих бессимптомно, чаще других определяются *Treponema denticola*, *Bacteroides* spp. и представители родов *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* и *Enterococcus* [3].

Благоприятные условия для выживания бактерий и создания резервуара новых локальных и системных инфекций создает внутренняя сложная анатомия системы корневого канала.

Инструментальная обработка магистрального корневого канала обеспечивает только некоторое уменьшение степени его бактериального загрязнения. Недостаточно эффективной может быть антисептическая обработка корневого канала с использованием общедоступных ирригационных растворов [2].

Цель работы - изучение особенностей сложившихся ассоциаций микроорганизмов содержимого корневых каналов у пациентов с заболеваниями пульпы и апикального периодонта методом микробиологического исследования.

Объекты и методы. Микробиологическому исследованию подверглось содержимое 35 корневых каналов 17 пациентов с заболеваниями пульпы и апикального периодонта.

Бактериологическое исследование на анаэробные микроорганизмы проводили методом посева на чашки Петри с Шедлер агаром, затем чашки помещали в газогенерирующие пакеты с газогенерирующей смесью для создания анаэробных условий. Посевы инкубировали в течение 5 дней при температуре 37°C. При наличии роста колоний

микроорганизмов проводили отсев однотипных колоний на Шедлер агар и кровяной агар. Чашки с Шедлер агаром помещали в газогенерирующие пакеты, с кровяным агаром – в эксикатор со свечой. Инкубировали в термостате при 37°C. При появлении роста только на чашках со средой Шедлера делали мазки по Граму и ставили тесты на родовую и видовую идентификацию с использованием тест-системы mini Api-20 (Bio Merieux, Франция).

Для выделения аэробных и факультативно-анаэробных бактерий посев материала проводили на кровяной агар количественным методом из транспортной среды. Посевы инкубировали в эксикаторе со свечой при 37°C в течение 24-48 часов с последующим подсчётом общего микробного числа (ОМЧ), выделением чистой культуры, проведением родовой идентификации. Общее микробное число определяли путём подсчёта выросших на плотных питательных средах превалирующих микроорганизмов в 1 мл пробы (КОЕ/мл).

Идентификацию выделенных культур микроорганизмов (стафилококков, стрептококков, энтерококков и т. д.) осуществляли по общепринятым методикам, применяемым в микробиологических лабораториях с изучением комплекса признаков и использованием мануальных методов и автоматического микробиологического анализатора VITEK-2 Compact (Bio Merieux, Франция).

Результаты. В результате исследования микробного состава содержимого 35 корневых каналов 17 пациентов было выделено и идентифицировано 32 штамма микроорганизмов (11 родов и видов аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов и 7 облигатных анаэробов).

Частота обнаружения аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов составила 88%. Аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы представлены родами: Streptococcus, Staphylococcus, Neisseria, Micrococcus, Corynebacterium, Bacillus, Candida, Enterococcus. Среди облигатных анаэробов были выделены роды Bacteroides, Fusobacterium, Bifidum, Actinomyces, Peptostreptococcus, Leptotrichia. Выделенные микроорганизмы высевались в концентрации от 10^3 до 10^7 КОЕ/мл.

Высокие степени обсемененности – 10^6 - 10^7 КОЕ/мл были обнаружены у 54,5% штаммов, изолированных от пациентов с острыми воспалительными процессами и у 50% штаммов, выделенных от пациентов при первичном лечении. С другой стороны такие же показатели обсеменённости установлены для 11,1% штаммов, изолированных от пациентов с хроническими воспалительными процессами и у 20% штаммов от пациентов при повторном лечении.

Определено различие в количестве и составе ассоциантов в зависимости от характера течения воспалительного процесса и вида лечения. Ассоциации из 4 видов анаэробов и аэробных или факультативно-анаэробных микроорганизмов высевались из корневых каналов пациентов при первичном лечении, в то время как при повторном эндодонтическом лечении высевались ассоциации 2-3 видов анаэробов и аэробных или факультативно-анаэробных микроорганизмов.

Ассоциации анаэробных и аэробных или факультативно-анаэробных микроорганизмов в содержимом корневых каналов: первичное эндодонтическое лечение – *Bacteroides ovatus*, *Fusobacterium* spp., α гемолитические стрептококки, негемолитические стрептококки и *Bifidum adolescentis*, *Leptotrichia* spp., *Enterococcus* spp., *Staphylococcus haemolyticus*; повторное эндодонтическое лечение – *Peptococcus niger*, *Actinomyces israelii*, негемолитические стрептококки, *Candida* spp.

Заключение. Результаты микробиологического исследования позволили выявить тенденцию к обнаружению ассоциаций из 3-х и более видов микроорганизмов для первичного эндодонтического лечения и ассоциации из 2-3 микробов при повторном лечении. Степень обсемененности также отмечает высокие показания (10^6 - 10^7 КОЕ/мл) для первичного эндодонтического лечения.

Литература.

1. Юдина, Н.А. Этиологические аспекты заболеваний пульпы и апикального периодонта (обзор литературы) / Н.А. Юдина [и др.]. // Стоматол. журн. – 2011. – Т. XII. - № 4. – С. 302-305.
2. Naapasalo, M. Irrigation in Endodontics / M. Naapasalo [et al.]. // Dent. Clin. North Am. – 2010. – Vol. 54. - № 2. - P. 291-312.
3. Skučaitė, N. Microbial infection and its control in cases of symptomatic apical periodontitis: a review / N. Skučaitė [et al.]. // Medicina (Kaunas) – 2009. – Vol. 45. - № 5. – P. 343-350.

ОГЛАВЛЕНИЕ

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	3
БОЛЬ, СТРЕСС, ШОК: ФАКТЫ И ГИПОТЕЗЫ	
Парин С.Б.	3
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПО ВОПРОСАМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ	
Бровка Д.К.	6
СИСТЕМНЫЕ ТОКСИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ	
Походенько-Чудакова И.О., Максимович Е.В.	9
ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ НА ХИРУРГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ	
Рекова Л.П., Рузин Г.П., Дикий Н.П., Медведева Е.П.	11
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМ ПАЦИЕНТАМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	13
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АЛЬВЕОЛИТА	
Кмецинская З.В., Чумаченко А.В.	13
ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ТЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ	
Кокота Н.Б., Аснина С.А., Дробышев А.Ю., Левен И.И., Мазур Л.Г.	14
«СУХАЯ ЛУНКА» КАК МЕСТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИИ	
Максимович Е.В., Кашкан М.И.	17
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КРИСТАЛЛОГРАФИИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛОВЫХ КОСТЕЙ	
Маланчук В.А., Ефисько Н.А., Ефисько В.Н.	19
РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОГО ГЕМОСТАЗА В ВОЗНИКНОВЕНИИ И РАЗВИТИИ СИНДРОМА «СУХОЙ ЛУНКИ»	
Маланчук В.А., Чумаченко А.В., Платонова Н.Ю.	21
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Стоян Е.Ю., Денисова Е.Г., Соколова И.И.	23
«АБАКТАЛ» В ПРОФИЛАКТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ПАЦИЕНТОВ	
Тихоневецкая С.Р., Янович Н.С.	25
КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОЛИТА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА	
Шевела Т.Л., Борисова А.А.	27

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТИНИРОВАННЫХ
ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

Шишкова Н.В., Алексашина И. П., Виноградов А.В.,
Ермолин Д.В., Стебунов В.Э., Галёса С.С. 29

**ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ И ИМПЛАНТАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ 32**

РАЗРАБОТКА И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ
ПОРИСТЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ КАРБИДА ТИТАНА
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Байриков И.М., Амосов А.П., Петров Ю.В.,
Латухин Е.И., Щербовских А.Е., Казакова М.П., Кривченко К.А. 32

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОТРОПНОГО МАТЕРИАЛА КФК
«КАФАМ» И МАТЕРИАЛА «ТРИОКСИДЕНТ» ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ
И РЕТРОГРАДНОМ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Евтухов В.Л., Шевела Т.Л. 33

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ
ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОИМПЛАНТАТОВ

Куцевляк В.И., Данилова Ю.Г. 35

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАКОРТИКАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ
ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЕЙ АДЕНТИЧНЫХ
ОБЛАСТЕЙ

Куцевляк В.И., Старикова С.Л. 38

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗОВ ИЗ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА
ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Медведев Ю.А., Гюнтер В.Э., Черкесов И.В., Шаманаев С.В., Цветаев И.А. 40

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАМБИАЛЬНОГО СЛОЯ ПЕРИОСТА НЁБА
ПРИ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ
НА АЛЬВЕОЛЯРНОМ ОТРОСТКЕ

Чумаченко А.В. 43

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шаблинская О.Е., Пархамович С.Н. 44

КОНСТРУИРОВАНИЕ НАПРАВЛЯЮЩЕГО ШАБЛОНА
ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЛАНИРОВАНИЯ ОПЕРАЦИИ
ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Шаранда В.А. 46

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
ПРИ РАЗНЫХ КОМПЛЕКСАХ ЛЕЧЕНИЯ

Шевела Т.Л. 48

**СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ 53**

СОВРЕМЕННАЯ РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Труфанов В.Д., Гунько В.И. 53

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ Чухрай А.В.	55
РЕГЕНЕРАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ПОЛОСТИ РТА, ИЗОЛИРОВАННЫХ СИЛИКОНОВОЙ ПОВЯЗКОЙ Щипский А.В., Хрипунков В.А.	57
ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА СИЛИКОНОВЫМ КОМПЛЕКСОМ У ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЕДДВЕРИЯ РТА Щипский А.В., Шинкевич Д.С.	60
ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ОРОАНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМ СУБЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ НЁБНЫМ ЛОСКУТОМ Щипский А.В., Мухин П.Н.	64

**ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ
С ОДОНТОГЕННЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ67**

КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ЕЁ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ Бирюлев А.А., Шулаков В.В., Лежнев Д.А., Лузина В.В.	67
ПРИНЦИПЫ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ Грецких Е.В., Сторожева М.В.	69
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Гусев О.Ф., Пиямов Р.Р.	70
ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНАМИ ЛИЦА И ШЕИ Забелин А.С.	73
ВЛИЯНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ, НА СПЕКТР РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ Кабанова С.А., Окулич В.К.	75
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ Крупченко М.С.	77
ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗ И ИХ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ Кульбашна Я., Мамонов Р., Лагода Н., Демьянова И.	78
ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ПЕРИОСТИТОМ Кушнер А.Н., Демидович Т.В., Севастьянова О.А.	80

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ	
Макарова Е.В., Тарасенко С.В., Меликян А.Л.	82
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОЗОВ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	
Медведев Ю.А., Басин Е.М., Гнилицкий К.А.	85
ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
Погоцкий А.К., Рощина А.Д.	86
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
Просычева О.О., Дробышев А.Ю., Воробьев Г.Ф.	88
ПРЕИМУЩЕСТВА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛАЗЕРОФОРЕЗА В ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
Рак А.В.	92
КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
Ружин Г.П., Демяник Д.С., Вакуленко Е.Н., Ткачев О.О.	93
ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ СИНУСИТЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ	
Ружин Г.П., Демяник Д.С., Побережник Г.А.	95
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ НА ФОНЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ	
Саберов Р.З., Дробышев А.Ю.	97
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ГНОЙНЫХ ОТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ	
Устинович К.Н., Пусева Я.А.	98
ПРИМЕНЕНИЕ УГЛЕКИСЛОГО И ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
Хурхуров Б.Р., Тарасенко С.В., Царев В.Н., Савченко З.И., Евстифеева О.В., Сороченко Ю.Ю.	101
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ОККЛЮЗИИ И ПАТОЛОГИЕЙ ВНЧС.....	104
НАПРЯЖЁННО-ДЕФОРМИРОВАННОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С МОДЕЛЬЮ РАСЩЕЛИНЫ НЁБА ПРИ БЫСТРОМ ЕЁ РАСШИРЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОТОМИИ	
Доста А.Н., Гричанюк Д.А., Козел О.А., Вешнякова Е.А.	104

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО МАССАЖА И МИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	
Казакова Ю.М., Демидова А.А.	106
АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МЕИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ СУЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
Клипа И.А., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С., Козлова А.В., Водахова А.А.	107
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЗОРБИРУЕМОЙ СИСТЕМЫ ПЛАСТИН И ПИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА	
Кобзева И.В., Дубина Л.Х., Дробышев А.Ю., Давыдов Д.В.	109
ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ	
Козлова А.В., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С., Куракин К.А., Водахова А.А., Клипа И.А.	111
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ	
Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С., Мержвинская Е.И., Козлова А.В.	114
СТЕРЕОЛИТОГРАФИЧЕСКОЕ БИОМОДЕЛИРОВАНИЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ	
Куцевляк В.И., Любченко А.В.	115
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	
Куцевляк В.И., Боян А.М.	119
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ МИКРОГНАТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
Маланчук В.А., Скворцова И.Г.	122
МЕТОДИКА ОДНОПОЛЮСНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА САПФИРОВЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ ПРИ ВЫСОКИХ ПЕРЕЛОМАХ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
Рябокоть Е.Н.	124
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА	
Шипика Д.В., Дробышев А.Ю.	127
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	
Шотт И.Е., Бармуцкая А.З., Шотт Е.В., Долин В.И.	129
ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ	132
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ	
Василенко В.М.	132

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ОЗОНИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИШЕЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ДЕФОРМАЦИОННОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЗУБА ПРИ ОДНООСНОМ СЖАТИИ Власова М.И., Зайцев Д.В., Мандра Ю.В.	133
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОДОНТОСКОПИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗУБОВ Данилова Д.В., Новак Н.В.	135
ОЦЕНКА ВЕЛИЧИНЫ СТИРАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ Круглик О.А.	138
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИОДОНТА Кувшинов А.В.	139
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕСТКОСТИ СИСТЕМ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗОНЕ УГЛА Маланчук В.А., Шидловский Н.С., Копчак А.В.	141
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕСНЫ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЕКТОР-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ Рябокоть Е.Н., Черепинская Ю.А.	143
ИЗУЧЕНИЕ НОВОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ Светлакова Е.Н., Мандра Ю.В., Ларионов Л.П., Базарный В.В., Еремина П.А., Хонина Т.Г., Тосова И.Н.	145
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ Свидло О.А.	147
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИОСТАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКАХ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ Стаханська Е.А., Чумаченко А.В., Кмецинская З.В.	149

**ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ
ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ..... 151**

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СЛЮНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ Артюшкевич А.С., Руман Г.М., Адашик Н.А., Воронежская О.Р.	151
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ Барадина И.Н., Манкевич С.М.	153
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ Бармуцкая А.З., Походенько-Чудакова И.О., Саврасова Н.А., Шотт И.Е.	156
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИНАМИЧЕСКОЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ДИАГНОСТИКИ Бойцов И.В.	158

МЕТОДОЛОГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ	
Бойцов И.В.	161
ИНТЕРФЕРЕНЦЭЛЕКТРОПУНКТУРА ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ	
Бойцов И.В.	163
ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ	
Брагина Е.Д., Никифорова Л.А.	166
ЦВЕТНАЯ И СТАНДАРТНАЯ СОНОГРАФИЯ И КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕОМОРФНЫХ АДЕНОМ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ	
Быкова А.А., Кондрашин С.А., Кобликов В.В., Сапожкова Л.П., Дробышев А.Ю.	168
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ БОЛИ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ БОЛЕЗНЕННЫМИ МЫШЕЧНЫМИ УПЛОТНЕНИЯМИ В ВИСОЧНОЙ МЫШЦЕ	
Василевский С.С., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Подсадчик Л.В.	170
ПРОЯВЛЕНИЕ ПАРЕСТЕЗИИ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА В ПЕРИАПИКАЛЬНУЮ ОБЛАСТЬ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
Вилькицкая К.В.	173
ПРОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК	
Воловар О.С., Крыжановская О.А.	174
СПОНТАННАЯ НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА	
Гриценко В.А., Сокол И.Г.	176
РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА	
Гунько В.И., Труфанов В.Д.	180
ИЗМЕНЕНИЯ В КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТИ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ МАГНИТОФОРЕЗА КАЛЬЦИЯ ЛАКТАТА	
Гунько И.И., Гунько Т.И.	182
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИМСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ	
Данилова Д.В., Ковецкая Е.Е.	185
ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ	
Дмитриева Н.И., Руденкова Н.П.	187
ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ г. ВИТЕБСКА ПО МЕТОДИКЕ МВИ	
Еленская Ю.Р., Панченко А.А., Проказова А.О.	190

ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ И БЕЛОЙ КРОВИ КРОЛИКОВ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИМПУЛЬСНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ НИЗКОЙ ЧАСТОТЫ Ивашенко С.В., Остапович А.А.	192
ВЛИЯНИЕ ИГЛОУКАЛЫВАНИЯ НА МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА Карпович Р.Ю., Авдеева Е.А.	194
ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПЕРИОДОНТА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ Коцюра Ю.И., Пискур В.В., Борунов А.С.	196
ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОКОНФЕРЕНЦСВЯЗИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ ПРИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ Лифагин Г.С., Дробышев А.Ю.	199
ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Луцкая И.К., Щавелева М.В., Шваб Л.В, Байкова И.А.	200
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАЗЕРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ «ОПТИМА» И ЛАЗЕРНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ ЗАРУБЕЖНОГО ПРОИЗВОДСТВА Ляндрес И.Г., Пашук Ал.П.	202
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ВВЕДЕНИЯ 2% ЛИДОКАИНА ГИДРОХЛОРИДА НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ И СИСТЕМ Максимович Е.В., Походенько-Чудакова И.О., Кураленя С.Ф.	203
ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ТРАВМА: АНАЛИЗ АНТИЧНОЙ ПОЭМЫ «ИЛИАДА» ГОМЕРА Маланчук В.А., Рыбачук А.В.	206
ДИАГНОСТИКА ГЕМОДИНАМИКИ В ОБЛАСТИ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА Маланчук В.А., Тимощенко Н.М., Мамонов Р.А.	207
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ Маланчук В.А., Гуч А.А., Логановская Е.Н., Перерва В.В.	209
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ Манкевич С.М., Сиваков А.П., Василевский С.С., Подсадчик Л.В.	212
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА Медведев Ю.А., Шаманаева Л.С.	214
ГЕЛИЙ-НЕОНОВЫЙ ЛАЗЕР В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ СТОМАТИТОВ У ДЕТЕЙ Михайловская В. П., Кармалькова Е.А.	215
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ГЛАЗНИЦЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕЗРАМНОЙ НАВИГАЦИИ Михайлюков В.М., Давыдов Д.В., Левченко О.В.	218

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ В СФОРМИРОВАННОМ ПРИКУСЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Наумович С.А., Наумович С.С.....	220
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРЁХМЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ЗУБОВ И ЧЕЛЮСТЕЙ Наумович С.С., Наумович С.А.....	223
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ОСТРОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ ДиаДЭНС ДИАГНОСТИКИ Походенько-Чудакова И.О., Казакова Ю.М., Молодова Т.Н.....	225
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ НАКОСТНЫХ ПЛАСТИН Савельев А.Л., Монаков В.А., Монаков Д.В.	228
РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТИТА Соколова И.И., Томилина Т.В., Воропаева Л.В.	230
СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА У ЛИКВИДАТОРОВ, УЧАСТВОВАВШИХ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС Стожаров П.А.	233
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗМЕРИТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ЭКСПЕРТНЫЙ БЕТА-ГАММА-СИЧ» Чешко Н.Н., Чудаков В.А.	235
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ПРОБИОТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА Чухрай И.Г., Марченко Е.И., Бобкова И.Л.	237
БИОМАТЕРИАЛЫ В СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ	240
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ (ТМО) ДЛЯ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ Ельчанинова Ю.Н., Аснина С.А., Дробышев А.Ю., Беляева О.А.	240
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИОДОНТА Марченко Е.И., Чухрай И.Г.	242
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЛО- И КСЕНОМАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ Резникова Н.С., Аснина С.А., Дробышев А.Ю., Лекишвили М.В.	244
КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВА «ТАХОКОМБ» Чудаков О.П., Стебунов С.С.	247
АРХИТЕКТОНИКА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ОСТЕОПЛАСТ» Чумаченко А.В.	249

СОВРЕМЕННЫЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	251
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ «МЕТРОГИЛ ДЕНТА» И ЛИНКОМИЦИНОВОЙ ПЛЁНКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТАХ	
Белясова Л.В., Новицкая М.А., Пешко Н.Г.	251
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «АМИЗОН®» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
Гончарова А.И., Романенкова А.А., Кабанова С.А., Фисюнов А.Д.	252
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «СЕПТОЛЕТЕ Д» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ПОЛОСТИ РТА	
Игнатович А.П., Походенько-Чудакова И.О., Крышанович А.В.	254
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «МЕКСИБЕЛ» НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ	
Кабанова А.А., Походенько-Чудакова И.О.	257
АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ ПЕНИЦИЛЛИНОВ В ГНОЙНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ	
Кабанова С.А.	260
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО КОМБИНИРОВАННОГО АНТИМИКРОБНОГО РАСТИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА В СТОМАТОЛОГИИ	
Куркин В.А., Авдеева Е.В., Байриков И.М., Шагалиева Н.Р., Петрова Н.А., Щербовских А.Е., Казакова М.П.	262
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ БЕЛОРУССКОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ОСНОВЕ АРТИКАИНА В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Романенкова А.А., Гончарова А.И., Кабанова С.А., Минина А.Н.	264
ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ	
Светлакова Е.Н., Мандра Ю.В., Ларионов Л.П., Базарный В.В., Еремина П.А., Хонина Т.Г., Тосова И.Н.	267
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ХОЛИСАЛ» В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Чернявский Ю.П., Фисюнов А.Д., Гончарова А.И.	269
ВОПРОСЫ ОНКОСТОМАТОЛОГИИ	272
ФАКТОРЫ РИСКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	
Белясова Л.В., Урбанович В.И., Попок Ю.С.	272
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ (АВМ) ГОЛОВЫ И ШЕИ	
Гришин А.А., Смирнов С.Н., Репина С.И.	273

КЛИНИЧЕСКОЕ ВНЕДРЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА Латышева С.В., Абаимова О.И.	275
ОНКОНАСТРОЕННОСТЬ СТОМАТОЛОГА ПРИ ПРИЁМЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА Лобко С.С.	277
ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОПЕРИЦИТОМЫ В ОБЛАСТИ ЛИЦА Маланчук В.А., Чепурный Ю.В.	278
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ Мозокина М.М., Тарасенко С.В., Выключ М.В., Гришин А.А.	281
АТЕРОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ Петрович Н.И., Горбачева К.А., Ломако С.В.	284
ЭКЗОГЕННЫЕ И ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА Чернявский Ю.П., Каленковец Ю.А.	286
ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПОДГОТОВКИ КАДРОВ.....	289
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Калинина Т.В., Шутьган С.В., Матвеев А.М.	289
ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ НА КАФЕДРЕ Рузин Г.П., Демяник Д. С., Вакуленко Е.Н.	291
ДЕОНТОЛОГИЯ И СТОМАТОЛОГ СЕГОДНЯ Рузин Г.П.	292
ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ДЛЯ РАБОТЫ С АНГЛОЯЗЫЧНЫМИ СТУДЕНТАМИ Рузин И.Г.	294
РЕФОРМА ЗУБОВРАЧЕБНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В 20-30 ГОДЫ XX СТОЛЕТИЯ Рябокоть Е.Н.	297
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА МИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ЗА ПЕРИОД 1986-1998 ГОДЫ Чудаков О.П.	299
О РОЛИ СОВЕТА ПО ЗАЩИТЕ ДИССЕРТАЦИИ В ПОДГОТОВКЕ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КАДРОВ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ БГМУ Чудаков О. П.	303
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ.....	307
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЭЛЕКТРОЭРОЗИОННОЙ ОБРАБОТКИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫХ ПРОТЕЗОВ Борунов А.С., Пискур В.В., Коцюра Ю.И.	307

НОВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ СИЛИКОНОВЫЙ ОТТИСКНОЙ МАТЕРИАЛ «СИЭЛАСТ-К» Голик В.П., Янишен И.В., Коваленко Г.А.	309
НОВЫЙ ЛАК ПОКРЫВНОЙ «СИНМА-М+V» ДЛЯ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ КОНСТРУКЦИЙ НЕСЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ Голик В.П., Бреславец Н.Н.	311
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ Голик В.П., Яровая А.В., Янишен И.В.	312
ОСОБЕННОСТИ НАПРЯЖЁННО-ДЕФОРМАЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ Головко А.И.	314
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ Круглик А.Ю., Круглик Ю.Н., Хомич А.Ф.	316
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦВЕТА ЗУБОВ Крушинина Т.В., Полоник И.С.	318
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ АДГЕЗИВНЫХ ВОЛОКОННЫХ КОНСТРУКЦИЙ Луцкая И.К., Кавецкий В.П.	320
РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТЕЗАМИ И С УЧЁТОМ МАТЕРИАЛОВ, ИЗ КОТОРЫХ ОНИ ИЗГОТОВЛЕННЫ Мойсейчик П.Н., Титов П.Л., Богдан Г.П.	322
ВИНИРЫ (ЛАМИНАТЫ), ПРЕДСТАВИТЕЛИ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Наумович С.А., Пархамович С.Н., Полховский Д.М.	325
ПРИМЕНЕНИЕ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩИХ ДЕНТАЛЬНЫХ ШТИФТОВ ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ РАЗРУШЕНИЯХ КОРОНОК ЗУБОВ Пархамович С.Н., Коцюра Ю.И.	328
«ДЕНТОСИНТЕЗ» – ВАРИАНТ ВЫБОРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ФРАКТУРАХ КОРНЯ ЗУБА Пархамович С.Н.	330
ТЕЛЕСКОПИЧЕСКИЕ КОРОНКИ – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ Пашук Ан.П.	332
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ ПРИ ПОВТОРНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ Пискур В.В., Коцюра Ю.И., Борунов А.С.	335
ИССЛЕДОВАНИЕ НАПРЯЖЁННО-ДЕФОРМИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОД СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ, ОПИРАЮЩИМСЯ НА БАЛКУ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ БОКОВЫХ И ОСЕВЫХ НАГРУЗОК МЕТОДОМ ГАЛЛОГРАФИЧЕСКОЙ ИНТЕРФЕРОМЕТРИИ Цвирко О.И.	337

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПЕРЕКРЫВАЮЩИМИ ПРОТЕЗАМИ	
Шишов В.Г.	339
ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СЪЁМНЫМИ ПЕРЕКРЫВАЮЩИМИ ПРОТЕЗАМИ	
Шишов В.Г.	341
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ ФИКСИРУЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ	
Юдина Н.А., Коломиец Н.Д., Борисенко Г.Н., Русак А.С.	342
ОРТОДОНТИЯ	345
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПЕРИОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ	
Денисова Ю.Л., Денисов Л.А.	345
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НУЖДАЕМОСТИ В ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЖЕВАНИЯ	
Наумович Ю.Я., Колесникова М.В., Кашеева А.А.	347
ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ В СФОРМИРОВАННОМ ПРИКУСЕ	
Остапович А.А., Ивашенко С.В.	349
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ РАБОТЫ С МУЛЬТИБОНДИНГ-СИСТЕМАМИ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ	
Хандогий Д.В., Колесникова М.В., Колесникова Е.В.	351
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.....	354
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПЕРВОКЛАССНИКОВ МИНСКОГО РАЙОНА	
Белая Т.Г.	354
ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ ОБ УХОДЕ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА	
Дмитрук А.В., Капуста Ю.В., Кухарчик А.В., Пипко А.С., Терехова Т.Н.	356
ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ	
Жаркова О.А., Дубовец А.В.	358
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	
Куцевляк В.И., Ярошенко Е.Г.	361
ПРИМЕНЕНИЕ ГС «TOOTH MOUSSE» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ	
Минченя О.В., Кленовская М.И.	363
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
Михайловская В.П., Остроменцкая Т.К., Клевцова Э.А.	365

ОБРАЩАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЗА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ	
Петрович Н.И., Горбачева К.А., Адамчук М.С.	367
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИЧИН РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА	
Соколова И.И., Ярошенко Е.Г.	369
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕВИТАЛИЗИРУЮЩЕЙ ПАСТЫ «DERULPIN» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	
Терехова Т.Н., Боровая М.Л., Мельникова Е.И., Белик Л.П., Ковальчук Н.В., Бокша Н.Е., Бернатович Т.Н.	371
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА «GRANDIO SO»	
Терехова Т.Н., Мельникова Е.И., Шаковец Н.В.	373
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МОЛОДЫХ МАТЕРЕЙ О МЕТОДАХ КАРИЕСПРОФИЛАКТИКИ	
Шаковец Н.В., Терехова Т.Н.	378
ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	
Шилова М.А., Альховик Т.Н.	381
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ.....	383
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ОРАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ	
Александрова Л.Л., Довнар А.Г.	383
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «VECTOR» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИОДОНТА	
Брундукова О.Н., Юхимук Т.В.	386
ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	
Ваневская Е.А., Кузнецова У.С., Мандра Ю.В., Жегалина Н.М.	388
ИЗУЧЕНИЕ СТАТУСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ	
Ваневская Е.А., Мандра Ю.В.	390
АНТИМИКРОБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА	
Витт А.А.	392
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИШЕЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	
Власова М.И., Мандра Ю.В.	396
ДВУХЛЕТНЯЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ	
Горегляд А.А.	398
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ АЛЬТЕРНАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ	
Гранько С.А., Запашник Т.А., Есьман А.А.	400

РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ КАРИЕСА И НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСА «RECALDENT» (СРР/АСР) Жаркова О.А., Лобкова О.С.	402
ПУТИ СНИЖЕНИЯ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ В КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЯХ Запашник Т.А., Кравчук И.В.	404
АНАЛИЗ ДЕФОРМАЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ «FILTEK ULTIMATE» И «SDR» Ивашов А.С., Зайцев Д.В., Мандра Ю.В.	406
ИЗУЧЕНИЕ ПРОЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ НОВОГО РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА «SDR» (DENTSPLY) Ивашов А.С., Зайцев Д.В., Мандра Ю.В.	408
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРАПУЛЬПАРНЫХ ШТИФТОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШИНИРУЮЩИХ АДГЕЗИВНЫХ ВОЛОКОННЫХ КОНСТРУКЦИЙ Кавецкий В.П.	411
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ АДГЕЗИВНЫХ ВОЛОКОННЫХ КОНСТРУКЦИЙ В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Кавецкий В.П.	413
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА Казеко Л.А., Кармалькова И.С.	416
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА Казеко Л.А., Александрова Л.Л., Рутковская А.С.	418
ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Козел О.А., Короленко К.С.	421
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИ КАЛЬЦИЯ Куцевляк В.Ф., Сурмина М.Р.	423
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА КОРНЕВОЙ РЕСТАВРАЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НОВЫХ ЭНДОГЕРМЕТИКОВ «ЦИТОФИЛ F» И «ЦИТОФИЛ Са» Куцевляк В.Ф., Любченко О.В.	426
ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ПОРАЖЕНИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Латышева С.В., Будевская Т.В.	428
РОЗОВАЯ ПУЛЬПА И ОТТЕНКИ ЗУБА Луцкая И.К.	430
ИЗУЧЕНИЕ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕРМЕТИЗИРУЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ И РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОСТИ ПОРТЛАНДЦЕМЕНТОВ (ИССЛЕДОВАНИЕ IN VITRO) Манак Т.Н., Шелудько Н.С.	433
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ КОНВЕРСИИ КОМПОЗИТА Манюк О.Н.	435

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ВЫБОР МЕТОДА ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ Модринская Ю.В., Гринкевич К.С.	438
ОЦЕНКА МЕХАНИЗМА АДГЕЗИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КОМПОЗИТА И ТКАНЕЙ ЗУБА Новак Н.В., Запашник Т.А., Есьман А.А.	439
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ВОССОЗДАНИИ ОТТЕНКОВ ЦВЕТА РЕСТАВРАЦИИ Новак Н.В., Кравчук И. В., Коршиков А.Ю., Коршикова Е.Б.	441
ОЦЕНКА ОШИБОК, ДОПУЩЕННЫХ ПРИ ВОСПРОИЗВЕДЕНИИ ФОРМЫ ЗУБА Новак Н.В., Данилова Д.В., Коршиков А.Ю., Коршикова Е.Б.	444
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА СТУДЕНТАМИ БГМУ Ожешковская Т.И., Емельянчик И.Ю., Батчаева Р.З.	446
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АПЕКСЛОКАТОРА ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ Палий Л.И., Назарова П.Н., Рухлевич М.М.	448
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИЗУАЛЬНЫХ СИСТЕМ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА Пустовойтова Н.Н.	450
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ Рутковская А.С., Казеко Л.А., Александрова Л.Л.	452
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГАЛИТОЗА Сулковская С.П., Казакова М.Г.	454
ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ Г. МИНСКА Урбанович Е.А., Лантушко Н.А.	456
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ Федоринчик О.В., Коломиец Н.Д., Тонко О.В.	458
ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ БИОСОВМЕСТИМОСТЬ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ Храмченко С.Н., Студеникина Т.М.	461
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ СТУДЕНТОВ 5-ГО КУРСА Храмченко С.Н., Каунова Е.Е.	463
ЗНАЧЕНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА Шебеко Л.В.	465
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖИМОГО КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПУЛЬПЫ И АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТА Юдина Н.А., Коломиец Н.Д., Тонко О.В., Борисенко Г.Н., Пиванкова Н.Н.	468

Научное издание

**РЕАБИЛИТАЦИЯ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ**

Сборник трудов

Республиканской научно-практической конференции
с международным участием «Паринские чтения 2012»
(Минск, 3-4 мая 2012 года)

Ответственный за выпуск *Т. Е. Янчук*

Компьютерная верстка *К.В. Вилькицкая, Е.В. Максимович*

Подписано в печать 18.04.2012. Формат 60×84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.

Ризография. Усл. печ. л. 28,36. Уч.-изд. л. 24,85.

Тираж 100 экз. Заказ 295.

Республиканское унитарное предприятие
«Издательский центр Белорусского государственного университета»
ЛИ № 02330/0494361 от 16.03.2009. Ул. Красноармейская, 6,
220030, Минск.

Отпечатано с оригинала-макета заказчика
в республиканском унитарном предприятии
«Издательский центр Белорусского государственного университета».
ЛП № 02330/0494178 от 03.04.2009. Ул. Красноармейская, 6,
220030, Минск.