

ГРАВИТУС



БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ
ДОБАВКА К ПИЩЕ
ПЕРЕД УПОТРЕБЛЕНИЕМ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Для себя любимой

www.vitus.by

Производитель НП ЗАО «МАЛКУТ», УНП 101203058
СоГР №ВУ.70.07.01.003.Е.001395.12.10 от 31.12.2010 ТУ РБ 37437453.009



СОДЕРЖАНИЕ

ХРОНИКА CHRONICLES

- Исторические аспекты формирования белорусской челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии (часть I)**
А.В. Глинник, В.А. Маргунская 8
Historical aspects for development of belorussian maxillofacial surgery and surgical stomatology (part I)
A.V. Glinnik, V.A. Margunskaya

ИНТЕРВЬЮ 10 INTERVIEW

- Ярослав Заблоцкий: Некоторые вопросы стоматологии глазами украинца. Блиц-интервью в перерыве между лекциями**
..... 13
Yaroslav Zablotskij: Some questions of stomatology through the eyes of Ukrainian. Blitz-Interview the recess of the lectures

НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ 14 SCIENTIFIC PUBLICATION

- Анализ динамики показателей электроодонтометрии при применении адгезивных технологий**
Ю.П. Чернявский, В.П. Кавецкий 16
Analysis of electroodontometry indices when using adhesive constructions
Yu.P. Chernyavsky, V.P. Kavetsky

- Прогноз болезней периодонта у пациентов с зубочелюстными деформациями**
Ю.Л. Денисова 21
The prognosis of malocclusions patients periodontal diseases
Y.L. Denisova

- Методы исследования микроциркуляции тканей периодонта у пациентов с частичной вторичной адентией**
С.П. Рубникович, А.В. Лагойский 26
Methods of research microcirculation of the periodontal tissues in patients with a partially secondary adentia
S.P. Rubnikovich, A.V. Lagoysky

- Метод оценки распространенности кариеса зубов и его осложнений**
М.В. Осипова 31

- Method of the estimation of prevalence caries and its complications**
M.V. Osipova

- Метод лечения герпетического стоматита у детей с использованием полотна трикотажного медицинского сетчатого для мазевых повязок**
Ю.Р. Еленская 35
Treatment method of herpetic stomatitis in children with knitted fabrics for medical gauze bandages ointment
Y.R. Elenskaj

- Применение лекарственного препарата «Амоксиклав» в комплексной терапии апикального периодонтита**
В.И. Даревский, А.С. Соломевич 39
The use of the medicine "Amoxiclav" in combined treatment of apical periodontitis
V.I. Darevskij, A.S. Solomevich

- Влияние комплексного лечения пациентов с болезнями периодонта в сочетании с зубочелюстными деформациями на состояние тканей периодонта**
Ю.Л. Денисова 41
Impact complex treatment of patients with periodontal disease, combined with state dentoalveolar deformation on periodontal tissue
Y.L. Denisova

ОБЗОРЫ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАТЬИ REVIEWS, EDUCATIONAL ARTICLES

- Клиника, диагностика, проявления повреждений и отравлений на слизистой оболочке рта. Неотложная помощь (часть I)**
В.И. Урбанович, Л.В. Шебеко, Л.В. Белясова 46
Clinic, diagnostics of display of damages and poisonings on the mouth mucous membrane. The urgent help (part I)
V.I. Urbanovich, L.V. Shebeko, L.V. Belyasova

ОБМЕН ОПЫТОМ EXPERIENCE EXCHANGE

- Применение зубных протезов из диоксида циркония в клинической практике**
В.А. Лобко, А.В. Куница 56
The use of dentures from zirconium dioxide in clinical practice
V.A. Lobko, A.V. Kunitsa

Влияние зубных паст на гомеостаз ротовой жидкости

Л.В. Белясова, Е.М. Белясова59

The influence toothpaste on homeostasis of mouth fluid

L.V. Belyasova, E.M. Belyasova

**МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ
CONFERENCE MATERIALS**

Проблема галитоза в различных возрастных группах г. Минска

О.В. Кандрукевич, Ю.А. Толкач61

The problem of halitosis in different age groups in Minsk

O.V. Kandrukevich, U.A. Tolkach

Травматические переломы верхней челюсти по данным клиники челюстно-лицевой хирургии за 2006–2010 гг.

Т.Б. Людчик, А.Б. Голынский, Е.В. Алиновская61

Traumatic fractures maxilla according to clinical data the clinic maxillo-facial surgery from 2006 till 2010

B. Liudchyk, A.B. Golynskiy, E.V. Alinovskaya

Прогнозирование развития общих осложнений местных анестетиков при применении их на амбулаторном стоматологическом приеме

Е.В. Максимович63

Prediction of the general complications of local anesthetics in applying them on ambulatory stomatological practice

E.V. Maksimovich

Пластика преддверия полости рта

С.И. Миранович, Н.Н. Черченко64

Plastic surgery on oral vestibule

S.I. Miranovich, N.N. Cehrchenko

Автотранспортная травма челюстно-лицевой области

С.И. Миранович, Н.Н. Черченко65

Maxillofacial injuries resulted from road traffic accidents

S.I. Miranovich, N.N. Cehrchenko

Психокоррекционные аспекты реабилитации онкостоматологических больных

Л.Е. Мойсейчик, С.В. Самсонов, Г.П. Богдан67

Psychological aspects of rehabilitation the oncological patients in dentistry

L.E. Mojseychik, S.V. Samsonov, G.P. Bogdan

Медикаментозная терапия аксональных нейропатий при травмах скуловой кости, скуло-орбитального и скуло-верхнечелюстного комплексов

О.М. Павлов69

Drug therapy axonal neuropathies at the zygoma fractures, zygo-orbital and zygo-maxillary complexes fractures

O.M. Pavlov

Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области у детей

Н.И. Петрович, А.Н. Кушнер, Ю.В. Зенькевич

.....71

The vassel tumors in children's craniofacial area

N.I. Petrovich, A.N. Kushner, Y.V. Zenkevich

Схема ориентировочного действия при диагностике ранних кариозных поражений

Н.Н. Пустовойтова72

Decision tree of the diagnosis of the carious lesions

N.N. Pustavoitava

Лечение переломов нижней челюсти при полной или частичной адентии

Ю.А. Раптунович74

Treatment of the mandibular fractures at patient with full or partially adentia

Y.A. Raptunovich

Клиническая оценка эффективности лечения чувствительности дентина у пациентов с окклюзионной травмой

А.С. Соломевич, В.И. Даревский75

Clinical assessment of efficiency of treatment dentine sensitivity at patients with occlusal trauma

A.S. Solomevich, V.I. Darevsky

Состояние гигиены полости рта и тканей периодонта у 9–10-летних школьников города Минска

Т.Н. Терехова, Е.И. Мельникова, М.Л. Боровая

.....77

Oral hygiene and periodontal status in 9-10 years old schoolchildren in Minsk

T.N. Terekhova, E.I. Mel'nicova, M.L. Borovaya

Оригинальная методика микроинвазивного препарирования

М.А. Терещенко, Е.Н. Терещенко, О.Г. Мальковец

.....78

Original method of diagnostic fissour preparation

M.A. Tereshchenko, E.N. Tereshchenko, O.G. Malkovets

Роль системы комплемента в обеспечении раневого процесса у пациентов на этапах пластического устранения посттравматических сквозных дефектов челюстно-лицевой области с помощью лоскутов на питающей ножке
Л.И. Тесевич79
The role of complement system in the insuring of the wound process in patients at stages of the plastic repair of the posttraumatic through-wall defects in maxillofacial region with flaps on the pedicle.

L.I. Tesevich

Прямые композитные реставрации в лечении болезней периодонта
В.И. Урбанович, Е.А. Тюкова, С.А. Минчук81
Direct composit restorations in the periodontal disease treatment

V. I. Urbanovich, E.A. Tukova, S.A. Minchuk

Устранение деформации лба с использованием аутоостеотрансплантата из гребешка подвздошной кости
С.Ф. Хомич, А.С. Хомич82
Elimination of forehead deformity using bone autograft from iliac crest

S.F. Khomich, A.S. Khomich

Дентальная имплантация после удаления твердой одонтомы
С.Ф. Хомич, А.С. Хомич83
Dental implantation after hard odontoma

elimination

S.F. Khomich, A.S. Khomich

Измерение содержания радионуклида стронций-90 в костной ткани человека in vivo
Н.Н. Чешко, Е.С. Богачева, В.А. Чудаков85
Measurement of strontium-90 in human bone tissue in vivo

N.N. Cheshko, E.S. Bogacheva, V.A. Chudakov

НАУЧНЫЙ ТУРИЗМ.....
SCIENTIFIC TOURISM

Стоматология в Украине – реальность и перспективы87
Dentistry in Ukraine – reality and prospects

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БРОО СПЕЦИАЛИСТОВ СТОМАТОЛОГИИ.....
ACTIVITY OF THE PUBLIC ASSOCIATION OF BELORUSSIAN STOMATOLOGISTS

Лекции Белорусского Республиканского общественного объединения специалистов стоматологии «Современная практическая стоматология»
О.В. Кандрюкевич90
Lectures of the Public Association of Belorussian Stomatologists “The modern practical dentistry”
O.V. Kandrukevich

СТОМАТОЛОГ

Научно-практический журнал

Журнал включен в перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований по медицинской отрасли науки (научное направление – стоматология), ВАК Республики Беларусь от 05.10.2011 г. протокол №16/3

Учредитель: Л. Н. Дедова

Главный редактор:

доктор медицинских наук, профессор, действительный Член Международной Академии Стоматологов (ADI)
Л.Н. ДЕДОВА
E-mail: Dedova.bsmu@mail.ru

Ассистент главного редактора:

Е.И. ГРИНКЕВИЧ

Ответственный секретарь:

кандидат медицинских наук
О.В. КАНДРУКЕВИЧ

Редакционный совет:

В.В. Алямовский (Красноярск, Россия)
И.И. Гунько (Минск, Беларусь)
Я.В. Заблоцкий (Львов-Киев, Украина)
К.Н. Косенко (Одесса, Украина)
В.А. Лобко (Минск, Беларусь)
Д. Ломбардо (Верона, Италия)
П.Ф. Ночини (Верона, Италия)
Л.Ю. Орехова (Санкт-Петербург, Россия)
А.И. Павленко (Киев, Украина)
Н.М. Полонейчик (Минск, Беларусь)
И.О. Походенько-Чудакова (Минск, Беларусь)
И. Словик (Краков, Польша)
А.М. Соловьева (Москва, Россия)
И.В. Токаревич (Минск, Беларусь)
Ю.А. Федоров (Санкт-Петербург, Россия)
А.В. Цимбалистов (Санкт-Петербург, Россия)

Наш подписной индекс в Беларуси:

74817 – для индивидуальных подписчиков

748172 – для организаций и предприятий

Информация о подписном индексе и стоимости подписки в Российской Федерации и Украине размещена на сайтах:

interpochta.ru (тел.+7(495) 788 00 60; +7(495) 500 00 60)

periodicals.ru (тел.+7(495) 672 70 42; +7(495) 672 70 12)

presa.ua (тел. (044) 248 03 77; (044) 289 76 63)

STOMATOLOGIST

Journal scientific-practical

The magazine is included in the list of scientific editions of Belarus for publication of results of dissertational researches on medical branch of a science (a scientific direction – stomatology), The Higher Academic Commission of Belarus from 05.10.2011, report №16/3

The Founder: L.N. Dedova

THE EDITOR-IN-CHIEF: THE DOCTOR OF MEDICAL SCIENCES, PROFESSOR, THE TITLE OF FELLOW ACADEMY DENTISTRY INTERNATIONAL (ADI)
L.N. DEDOVA
E-mail: Dedova.bsmu@mail.ru

The assistant to the editor-in-chief:

E.I. GRINKEVICH

The executive secretary:

The candidate of medical sciences
O.V. KANDRUKEVICH

The editorial board:

V.V. Alyamovski (Krasnoyarsk, Russia)
I.I. Gunko (Minsk, Belarus)
Ya.V. Zablotski (Lvov-Kiev, Ukraine)
K.N. Kosenko (Odessa, Ukraine)
V.A. Lobko (Minsk, Belarus)
D. Lombardo (Verona, Italy)
P.F. Nocini (Verona, Italy)
L.Yu. Orehova (St.-Petersburg, Russia)
A.I. Pavlenko (Kiev, Ukraine)
N.M. Poloneichik (Minsk, Belarus)
I.O. Pohodenko-Chudakova (Minsk, Belarus)
I. Slovik (Krakow, Poland)
A.M. Solovyeva (Moscow, Russia)
I.V. Tokarevitch (Minsk, Belarus)
Yu. A. Fedorov (St.-Petersburg, Russia)
A.V. Tsimbalistov (St.-Petersburg, Russia)

Our subscription index in Belarus:

74817 – for individual subscribers

748172 – for organizations and enterprises

Information about subscription index and rates in the Russian Federation and Ukraine are available at:

interpochta.ru (тел.+7(495) 788 00 60; +7(495) 500 00 60)

periodicals.ru (тел.+7(495) 672 70 42; +7(495) 672 70 12)

presa.ua (тел. (044) 248 03 77; (044) 289 76 63)

ИНТЕРВЬЮ Л.Н. ДЕДОВОЙ ПРОГРАММЕ MATERIA MEDICA

Это двадцатиминутное посвящение людям, которые связали свою судьбу с медициной и здравоохранением, вышло в эфир 5 мая, в День печати. Из бесчисленного множества периодических изданий медицинского профиля автор программы выбрала журнал «Стоматолог» – за, пожалуй, особенную стремительность развития.

THIS ARTICLE CONTAINS THE INTERVIEW WHICH HAS BEEN GRANTED TO “MATERIA MEDICA” (RADIO BELARUS, INTERNATIONAL BROADCASTING, THE AUTHOR – SVETLANA DENISOVA) BY LIUDMILA DEDOVA, THE CHIEF EDITOR OF THE MAGAZINE “DENTIST”

This interview is dedicated to those people, who has connected their destiny with medicine and health protection. It was put on the air on the 5th of May (The Day of press). The author has chosen this magazine exactly from the great amount of periodical medical publications for its impetuous development.



– Скажите, Людмила Николаевна, сколько в Беларуси журналов, посвященных стоматологии?

– Теперь, с нашим журналом, уже три. И хотя два первых существуют относительно давно, мы посчитали целесообразным представить еще один. Называем его словом «Стоматолог» и полагаем, что он сейчас нам особенно необходим. Потому что ведь положение специальности в современном обществе демонстрируется не количеством журналов, газет и прочих профильных СМИ, а разнообразием вариантов информационного отображения. Мы хотим отразить нашу специальность в международном масштабе. Эту задачу и призван решить наш журнал. Отрадно, что у нас это уже сейчас начинает получаться.

– То есть, редакционный совет журнала представлен авторитетными персонами из разных стран.

– Абсолютно так. Журнал принадлежит Белорусскому республиканскому общественному объеди-

нению специалистов стоматологии: оно явилось инициатором создания и оно же (в лице отдельных представителей БРОО специалистов стоматологии) выполняет роль редакции издания.

– Чем наполняется журнал? Кто имеет право публиковаться на его страницах и какой вес имеют эти публикации в научном мире?

– Наш журнал, конечно, в первую очередь предназначен для врачей-стоматологов. И поэтому здесь размещаются научные публикации, практические статьи и обзоры, способные оказать помощь врачу-стоматологу любого профиля. В то же время несколько рубрик журнала посвящено деятельности ассоциации: показывать общественную работу, направленную на улучшение стоматологического здоровья населения, – это тоже важно. Есть на наших страницах и обмен опытом. На последнем заседании редколлегии было отмечено, что наша работа перестраивается буквально с каждым выпуском: редакция, можно сказать, движется в сторону демократизации и тематического планирования. К примеру, опубликованные труды обсуждаются на научно-практических конференциях и лекциях общественного объединения специалистов стоматологии, а попутно начинает внедряться в практику анкетирование читателей. Последнее наше решение: ввести еще и такую рубрику – мнения пациентов. Тем более что у нас есть и статьи популярного рекламного содержания, и обмен опытом на наших страницах приближен к формату обсуждения, в котором запросто может принять участие и сам пациент. Но преобладает на наших страницах, конечно же, информация для специалистов.

– Поскольку журнал новый, вы еще, наверняка, помните те трудности, с которыми приходилось встречаться при работе над первыми номерами. Что это были за трудности?

– Конечно, помним. Во-первых, это вопросы оформления, определения набора рубрик и наполнения портфеля...

– Ну, это всегда полет фантазии, чистое твор-

чество. Таким трудностям можно только завидовать!

– Да, вы правы. И поначалу мы действительно много мечтали. Да и сейчас продолжаем мечтать. Например, о том, чтобы сделать журнал в полном смысле международным. И у нас уже есть весомые шаги в этом направлении. Если при работе над первыми номерами мы только сформировали редакционный совет, в который вошли зарубежные представители, то теперь этот совет работает – не формально, а по-настоящему. Каждый член совета (мы так решили) должен не только публиковать свои труды, но и давать оценку трудам других, и даже предоставлять интервью, в которых были бы отмечены и деятельность ассоциации, и работа редакции. В первых номерах фигурировала рубрика «Хроника», в которой мы давали врачу возможность познакомиться с различными стоматологическими кафедрами не только нашей страны, но и зарубежными. Это были по большей части российские и украинские кафедры, но уже со следующего номера внедряется практика представления специалистов дальнего зарубежья. Первый гость в этом статусе – кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом периодонтологии Веронского университета: мы не только представляем новый метод профессора Ломбардо, но и берем у него интервью – как у члена совета и специалиста, посетившего наш университет в рамках международной конференции.

– Материалы, которые публикуются, проходят чтение каждым членом редакционного совета?

– Обязательно, и надо сказать, что наш журнал входит в перечень ВАКовских изданий. Это значит, что те труды, которые публикуются в нашем журнале, имеют определенный рейтинг. Конечно, работа в таком случае требует обязательного рецензирования. И каждым членом нашего совета дается отзыв, который непременно учитывается; в зависимости от содержания таких отзывов мы принимаем решение – отдавать статью в номер или отсылать на доработку. Статьи при этом должны переводиться как минимум на английский. К каждой статье представляется реферат на русском и английском языках. А теперь, когда у нас будут публиковаться ученые из дальнего зарубежья, мы будем подавать статьи на английском и русском языках в полном объеме.

– Как вам видится: что изменилось в мире практической и научной стоматологии Беларуси с появлением этого журнала. Прошло время, по истечении которого уже можно судить о некоей роли.

– Во-первых, о нас узнали за рубежом. Это был важный шаг: нам необходимо было представить белорусскую стоматологию на международном

уровне, и не только у соседей, но и в странах дальнего зарубежья. А теперь зарубежные коллеги не просто о нас знают – они у нас печатаются, то есть, делятся и своим научным и организационным опытом. Во-вторых, появились рубрики, которых не было в других журналах. Таким образом, мы обогатили пространство наших специальных СМИ. В-третьих, мы демонстрируем деятельность Белорусского республиканского общественного объединения специалистов стоматологии.

– О концепции: журнал будет оставаться строгим научным изданием или вы будете использовать какие-то игры в сторону популяризации – хотя бы некоторых страниц, единичных рубрик?

– Думаю, он так и останется научным журналом – это его главная задача. Но, учитывая многочисленные предложения читателей, редколлегия решилась на рубрику писем, откликов и критики. Для нас и это очень важно: мы считаем, что должны одинаково внимательно относиться и к достижениям, и к ошибкам. Сама жизнь покажет, что еще мы можем внедрить.

– Под критикой подразумеваются отзывы специалистов?

– Абсолютно верно. Это критические отзывы на те материалы, которые были опубликованы, со стороны специалистов в области стоматологии.

– Может ли быть так, что материал авторитетной персоны вдруг встречает множество противоречивых отзывов и мнений?

– На этом и строится наука: на противоречиях в том числе. Почему нельзя высказать свое мнение, пусть и негативное, на страницах журнала? Кстати, у нас может быть и редакционная критика на статьи, которые публикуются в других изданиях. Так принято в нашей периодической литературе: это дает возможность практическому врачу и научному работнику пересмотреть свои взгляды. Настоящий учёный – это тот, кто умеет усомниться в истинах. Мы так и студентов своих учим, и практических врачей на своих лекциях на это настраиваем: прежде чем что-то сделать, надо двадцать раз подумать, проанализировать, и, если есть хоть маленькая неуверенность, спросить совета у коллег. Скажу больше: мы могли бы публиковать в нашем журнале и более смелые вещи вроде читательских обсуждений на форуме.

– Поддерживается ли бумажная версия издания сайтом?

– Поддерживается, но пока не на самостоятельном ресурсе, а на сайте объединения. Все материалы, которые выходят на бумажных страницах, можно прочитать и в интернете.

– Мне как вашей коллеге, редактору журнала, заранее известен ответ на вопрос, который я сейчас задам, но интересно, как на него ответи-

те Вы. Многие считают, что интернет обрекает бумажное издание на провал. Практика же показывает, что популярность бумажных изданий с появлением электронной версии возрастает. Как вы думаете, почему это происходит?

– Интернет – это вещь, доступная любому желающему узнать ту или иную информацию. Разница же между информацией, которую ты получаешь с бумажного листа, и той, что сойдет с экрана, заключена в представлении каждого конкретного человека о прессе. По сути бумажный вариант более материален, он передает энергетику людей, которые работали над номером. Наши врачи, уже ознакомившись с электронным вариантом, приходят в редакцию, чтобы купить журнал, и читают на бумаге заново. Все-таки, знаете, хочется, чтобы он лежал на столике. Надеемся, что и дальше так будет.

– Если бы какой-нибудь современный молодой Чехов или Булгаков принес к вам в редакцию «Записки юного стоматолога» или еще что-нибудь – более художественное, нежели медицинское, – ваш журнал опубликовал бы это?

– Мы были бы счастливы это сделать. Журнал от этого будет толще, но научной информации в нем не будет меньше. У нас в этом смысле может быть только одна проблема: дать публикацию в ближайший номер или отсрочить до следующего. Нам хочется, чтобы журнал стал популярнее и чтобы наш подписной индекс носил расширенный характер, имел, скажем так, международное представительство. С каждым номером появляются новые мысли, ожидания, мечтания. Мы, думаю, всегда будем пребывать в том состоянии полета, которое уже знакомо по первым номерам. Потому

что мы имеем индивидуальность и считаем, что ее надо совершенствовать. Но для этого надо много работать.

– Не рассматриваете ли вы другие стоматологические издания как своих конкурентов?

– Нет, не рассматриваем. Напротив, их существование помогает нам развиваться. Сравнивая свое издание с другими, мы видим свои преимущества и недостатки. Это путь прогресса для нашего журнала.

– Я сейчас вспомнила слова Джона Морриша, автора книги «Создание журнала. От идеи до воплощения»: «Не бойтесь адаптировать чужие идеи, потому что с вашими делают то же самое».

– А мы и рады, когда кто-то использует нашу идею. Мне кажется: с появлением нашего журнала и другие стали намного лучше. А у врача и ученого есть теперь больше возможностей для публикации. Мы, таким образом, создаём выбор.

– А как удается лично Вам быть и главным редактором журнала, и председателем общественного объединения, и заведовать кафедрой?

– Когда любишь свое дело, все успеваешь. Тогда работа не воспринимается как работа. Это просто моя жизнь. Да, иногда бывает сложно. А иногда у меня возникает мысль, что если бы придумала что-то еще, чем можно улучшить нашу специальность и наше представление о современном обществе...

– ...то вы бы за это взялись!

– Я бы за это взялась!

*Интервью провела Светлана Денисова
(радио "Беларусь", международное вещание)*

А.В. Глинник, В.А. Маргунская

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ БЕЛОРУССКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (ЧАСТЬ I)

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В статье приведены основные исторические сведения о зарождении и развитии хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в Белоруссии в период с 1927 по 1941 гг.

Ключевые слова: история, хирургическая стоматология, челюстно-лицевая хирургия

A.V. Glinnik, V.A. Margunskaya

HISTORICAL ASPECTS FOR DEVELOPMENT OF BELORUSSIAN MAXILLOFACIAL SURGERY AND SURGICAL STOMATOLOGY (PART I)

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The article describes the main historical milestones for development of maxillofacial surgery and surgery stomatology of Belorussian in 1927-1941 years.

Key words: history, maxillofacial surgery, surgical stomatology

За последние годы челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология в Белоруссии достигла значительных успехов. Развивают и усовершенствуют ее сотрудники трех хирургических кафедр: челюстно-лицевой хирургии БГМУ и БелМАПО, хирургической стоматологии БГМУ.

Целью нашей работы явилась необходимость изучить историческую хронологию зарождения челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии в республике; вспомнить основоположников, стоявших у истоков развития специальности. Для этого мы изучили сохранившиеся публикации периода образования кафедры стоматологии в Белорусском Государственном Университете с 1927 г. до начала Великой Отечественной войны 1941 г.

Развитие стоматологии полностью зависело от развития медицины в целом. Интересны сведения о зарождении медицины в Белоруссии, которые опубликовали Г.Р. Крючок (1956; 1959), Е.И. Шишко (1971; 1991). Они позволяют представить историческую последовательность зарождения медицинского образования, в том числе и зубоврачебного: «Специальных медицинских учебных заведений в Белоруссии до второй половины XVIII в. не было. Отдельные лица (главным образом, дети белорусских феодалов и нарождающейся буржуазии) имели возможность получить медицинское образование в Краковском и Пражском университетах. В 70-х гг. XVIII в. в г. Гродно усилиями местной администрации под руководством доктора Жильбера из Монпелье был образован медицинский институт вместо ранее существовавшего ветеринарного училища. Однако, не получив поддержки королевского сейма, городская администрация не смогла долго содержать это заведение. В связи с этим медицинский институт в 1781 г. был перене-

сен в Виленский университет, где был образован медицинский факультет. В этом университете стали готовить врачей для всего Западного и Северо-западного края, в том числе и для белорусских губерний. В 1832 г. вместо университета была организована Медико-хирургическая академия. Во времена правления Николая I планировалось открытие высшего училища или лицея в г. Орше. Но в 1834 г. был открыт университет в Киеве, и для Белоруссии такая необходимость отпала. Через некоторое время была закрыта и Медико-хирургической академия в Вильно. Только 14 января 1875 г. была открыта фельдшерская школа в г. Могилеве» [2, 3, 13, 14]. Это была одна из первых в России фельдшерских школ, дающая право на получение высшего образования. Подготовка фельдшеров проводилась в течение 4–5 лет. Выпускникам этой фельдшерской школы, наряду с частнопрактикующими зубными врачами, получившими образование за границей или в России, приходилось оказывать помощь при зубной боли. Экстренная помощь при травме, воспалительных процессах, опухолях и других заболеваниях челюстно-лицевой области оказывалась общими хирургами.

В 1907 г. в Минске была открыта первая во всем Северо-Западном крае зубоврачебная школа доктора Л. Шапиро и дантиста А. Демиховского. В 1908 г. последовало открытие второй зубоврачебной школы М. Кудзинович и Р. Каплана. В 1909 г. эти школы объединились в одну. От поступающих в школу требовался общеобразовательный ценз в объеме 6 классов гимназии или реального училища. Число воспитанников в школе к 1909 г. достигло 103 человек, срок обучения составлял 2,5 года. После Октябрьской революции школу национализировали, и она действовала до 1923 г.

В 1923 г. было решено закрыть зубоврачебную



Рис. 1. Ю.К. Метлицкий, доцент

школу и готовить врачей-стоматологов вместо зубных врачей. Первых врачей-стоматологов стали готовить из студентов, заканчивающих медицинский факультет Белорусского государственного университета. Для этого на базе кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета БГУ в 1926 г. был организован курс одонтологии. В течение первого года руководство этого курса осуществлял заведующий кафедрой госпитальной хирургии, профессор Соколовский М.П., а курс одонтологии преподавал выпускник медицинского факультета Метлицкий Ю.К. (рис. 1)

Практическая деятельность Ю.К.Метлицкого началась в 1914 г. в качестве зубного врача в Самарской губернии после учебы в Минской частной зубоврачебной школе (1911-1914), после чего им был выдержан экзамен на звание зубного врача в Варшавском университете. Затем он служил в пехотном полку и лазарете в Саратове зубным врачом (1916-1917). В 1921 г. Ю.К. Метлицкий поступает на медицинский факультет БГУ, совмещая учебу с работой в качестве директора зубоврачебной школы г. Минска (1921-1922) и практической деятельностью зубного врача в центральной рабочей поликлинике (1921-1926). После окончания медицинского факультета БГУ с 1926 г. Ю.К. Метлицкий работает ординатором в хирургической клинике кафедры госпитальной хирургии. Одновременно как преподаватель кафедры проводит занятия по одонтологии у студентов медицинского факультета. Есть сведения, что вместе с Ю.К. Метлицким на курсе одонтологии проводил занятия доктор Я.С. Напельбаум. В 1927 г. в БГУ из Москвы направлен И.М. Старобинский для организации на медицинском факультете кафедры стоматологии (рис. 2) хирургии лечебно-протезного института. Работал в качестве сверхштатного ассистента одонтологической клиники 1-го Московского университета и хирурга-консультанта Центральной Петровской амбулатории (1926-1927). В 1927 г. И.М. Старобинскому было присвоено ученое звание доцента. В 1927 г. И.М. Старобинский возглавил кафедру стоматологии и одонтологии медицинского факультета БГУ, которой руководил до 1930 г. Для проведения практических хирургии лечебно-протезного института. Работал в качестве сверхштатного ассистента одонтологической клиники 1-го Московского университета и хирурга-консультанта Центральной Петровской амбулатории (1926-1927). В 1927 г.

В 1927 г. И.М. Старобинскому было присвоено ученое звание доцента. В 1927 г. И.М. Старобинский возглавил кафедру стоматологии и одонтологии медицинского факультета БГУ, которой руководил до 1930 г. Для проведения практических занятий в 1927 г. кафедре стоматологии были выделены кабинеты для амбулаторного приема и стационарные койки в хирургическом отделении.

Вот как об этом событии писал Ю.К. Метлицкий (1928): «Вначале кафедра стоматологии БГУ «присутствовала» в двух маленьких комнатах амбулатории 1-ой советской больницы, причем даже и этими комнатами кафедра могла пользоваться только по вечерам, так как утром в одной из них ведут прием терапевты, в другой – хирурги. Оборудование кафедры состояло из двух деревянных кресел и одного зубоврачебного наркозного. Никаких вспомогательных кабинетов кафедра не имела. Для стационарных больных пользовались койками 1-й хирургической клиники. С самого начала деятельности кафедры она завоевала такие симпатии у студентов 5 курса, что аудитория на лекциях по стоматологии была всегда переполнена, а практические занятия проходили с исключительным с их стороны интересом» [4]. Таким образом, данные события свидетельствуют о том, что 1927 г. стал не только годом образования кафедры стоматологии, но и годом образования клинической базы и началом развития челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии в Белоруссии. Первыми преподавателями челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии в Республике стали И.М. Старобинский и Ю.К. Метлицкий. В апреле 1928 г. И.М. Старобинский обратился в Наркомздрав БССР с ходатайством о расширении базы кафедры стоматологии. «С помощью средств общественной организации «Белорусский Красный Крест» была организована и прекрасно оборудована поликлиника болезней зубов, челюстей и полости рта, в которую уже 15 мая 1928 г. переехала кафедра стоматологии». Поликлиника явилась базой для проведения лечебной и преподавательской деятельности по хирургической стоматологии. «В поликлинике



Рис. 2. И.М. Старобинский, доцент

имелся рентгеновский кабинет «Ritter-Rontgen-Apparat» и богатейшая физиоаппаратура из Германии» [4]. Челюстно-лицевая хирургия начинала зарождаться на базе хирургической клиники кафедры госпитальной хирургии БГУ. Челюстно-лицевые операции проводились доцентом И.М. Старобинским и Ю.К. Метлицким. Огромным до-

стижением в развитии Белорусской стоматологии стало открытие 1 октября 1928 г. Белорусского государственного одонтологического института. Со слов Ю.К. Метлицкого (1929), это событие «превратилось в грандиозный праздник советской стоматологии» [6]. Основной задачей одонтологического института стала специализация по стоматологии молодых докторов, заканчивающих медицинский факультет БГУ и выбравших специальность стоматология (специализация), а также переподготовка государственных зубных врачей на функционирующих при институте курсах усовершенствования. Директором этого института до 1930 г. был доцент Старобинский И.М. Базой института стала стоматологическая поликлиника и стационарные койки в хирургическом отделении (в дальнейшем значится как стоматологическая клиника). По данным публикаций И.М. Старобинского и Ю.К. Метлицкого (1929 г.), Белорусский государственный одонтологический институт состоял из «отделения консервативного зуболечения; хирургического отделения (поликлиника, и стационар); химико-бактериологической лаборатории; детского профилактического отделения; патолого-гистологического кабинета; рентгеновского кабинета; музея и библиотеки. В хирургическом отделении были экстракционная и отдельная операционная» [6,11]. В хирургическом отделении курсанты работали под руководством директора института И.М. Старобинского, где проводили простые и сложные удаления зубов, мелкие операции, которые встречаются в ежедневной практике зубного врача (вскрытие абсцессов, удаление мелких секвестров, кюретаж гранулем и т.д.). В операционной курсанты ассистировали при более сложных операциях и сами проводили менее сложные – резекции верхушки корня, выдалбливание глубоких корней и т.д. [11]. В теоретический раздел входил курс лекций, которые читали: «по социальному зуболечению – проф. Дауге П.Г. (для этого приезжал из Москвы); по частной хирургии полости рта и клинической стоматологии – доц. Старобинский И.М.; по избранным разделам стоматологии и одонтологии – доктор Метлицкий Ю.К.» [6,11]. Кроме этого, курсантам читали лекции по патологической анатомии и гистологии; микробиологии; по хирургической пропедевтике; рентгенологии. Для чтения лекций привлекались ведущие профессора медицинского факультета БГУ. Становится очевидным, что стоматологическая поликлиника являлась базой сразу двух учреждений – БГУ (кафедра стоматологии) и института одонтологии. Поликлиника работала с полной отдачей с утра до позднего вечера. Для студентов были выделены утренние часы приема, для курсантов – с 4 до 8 часов вечера. Создание института одонтологии сыграло огромную роль в развитии практического и научного потенциала в Белоруссии. Он также

был научно-методическим центром в республике, занимался внедрением в практику новых методов диагностики и лечения зубов, слизистых оболочек полости рта. 11 июля 1931 г. состоялось открытие клинического городка (рис. 3).



Рис. 3. Здание первого клинического городка БГУ, 1931 г.

В его корпусах разместились клиники: две хирургические, две терапевтические, кожно-венерологическая, акушерско-гинекологическая и стоматологическая [14]. Директором стоматологической клиники стал заведующий кафедрой стоматологии Ю.К. Метлицкий. В составе стоматологической клиники, расположенной в 1-м клиническом городке в 1931 г. было выделено 15 коек. В 1932 г. научно-практический одонтологический институт был объединён с клиникой кафедры стоматологии. Из дальнейших публикаций становится очевидным, что стоматологическая клиника приобретает главенствующее значение в развитии хирургического потенциала в Республике. В опубликованной статье Ю.К. Метлицкого (1939) «Стоматологическая и зубоврачебная помощь в БССР» стоматологическая клиника приравнивается по своей значимости к научным стоматологическим институтам Советского Союза. По его мнению, «в области челюстно-лицевой хирургии сделано очень много» [8]. В настоящее время эта область хирургии достигла таких успехов, что она с полным правом может конкурировать с передовыми капиталистическими странами. В стационарных условиях (клиника выросла из 3 коек в 1928 г., 15 коек в 1931–1936 гг., до 30 коек в 1937 г.), проводилось лечение острых и хронических воспалительных процессов челюстей, лица и шеи с применением ранних оперативных вмешательств, удаление больших кист челюстей, доброкачественных и злокачественных опухолей. Были освоены и широко применялись операции при врожденных дефектах верхней губы и неба (хейло- и уранопластика), пластика на лице местными тканями и свободными кожными лоскутами. В 1932 г. впервые в БССР Ю.К. Метлицким был применен классический кожный лоскут академика В.П.Филатова при субтотальном дефекте носа. Проводились восстановительные операции при приобретенных больших дефектах на лице вследствие воспалительных процессов (волчанка, опухоли) и после ранений. При частичных дефектах крыльев

носа была освоена операция русского хирурга Сулова – восстановление целостности носа кусочком, взятым из наружного края ушной раковины. Применялась операция М.Ф. Хитрова пластики тотальных и субтотальных дефектов носа филатовским стеблем. К началу Великой Отечественной войны Минская клиника накопила разносторонний опыт по лечению травм костей лицевого скелета и повреждений мягких тканей (в том числе, использование пластинчатого шва). С 1933 по 1940 г. на кафедру стоматологии назначен на должность ассистента К.И. Бердыган (рис. 4).

После окончания в 1926 г. медицинского факультета 1-го Ленинградского университета К.И. Бердыган занимался практической работой в районных больницах Витебской области. С 1933 г. под руководством Ю.К. Метлицкого К.И. Бердыган стал заниматься изучением актиномикоза челюстно-лицевой области и шеи. В 1940 г. накопленный в этом направлении опыт работы позволил ему защитить кандидатскую диссертацию. Невзирая на значительные темпы развития стоматологии в республике, кафедра стоматологии, занятия которой в обязательном порядке посещались студентами, в 1937 г. была закрыта. Затем с нового учебного 1939 г. был организован курс челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, на котором занимались студенты 5 курса лечебного факультета [8]. По каким причинам кафедра была закрыта и опять восстановлена, автором не указывается.



Рис. 4. К.И. Бердыган, профессор, д-р мед. наук

В период заведования кафедрой стоматологии И.М. Старобинским (1927-1930 гг.) активизировалась научная деятельность. Первые научные работы сотрудников кафедры стоматологии были опубликованы в журнале «Беларуская медычная думка» в 1928 г. Некоторые из них до настоящего времени хранятся в библиотечных архивах. Это работы И.М. Старобинского, Ю.К. Метлицкого, К.И. Бердыгана, Ф.Р. Гольдберга, Я.А. Дворжеца. Более 80 лет тому назад Ю.К. Метлицкий в работе «Проблема терапии гангрены пульпы» делает выводы, которые не потеряли актуальности и в настоящее время: «терапия гангрены пульпы должна опираться на строгие научные данные анатомии, физиологии, патанатомии зуба. Гангрена пульпы, не осложненная хроническим периодонтитом, может быть очень хорошо излечена тщательным механическим или химическим методом обработки каналов, при этом пломбировка in

toto – важная предпосылка успешной терапии; гангрена, осложненная хроническим периодонтитом, должна уйти из консервативного лечения в область хирургического, с помощью резекции верхушки корня и как *ultimum refugium* – экстракции» [5]. Из публикаций Старобинского И.М. (1928) становится очевидным, что стоматология этого времени изучала не только локальные проблемы болезней зубов, но и ставила перед собой более масштабные задачи. Большое значение имеет работа «Наблюдения над кариесом зуба у беременных женщин и концентрацией в их слюне водородных ионов». Представляют интерес выводы, полученные автором: «Мы должны констатировать, что ни в коем случае нельзя говорить о кислой реакции слюны у беременных, и что слюна беременных, безусловно, не в состоянии своей кислотностью растворить эмаль. Таким образом, результаты наших исследований посвященных сложной проблеме кариозного процесса приводят к выводу об отсутствии связи между кариесом зубов у беременных с не существующей у них кислой реакции слюны» [10]. Сохранились публикации Старобинского И.М. «Проблема ротового сепсиса», изданные в 1929 г. на русском и белорусском языках. Данная работа посвящена этиологии, патогенезу, клинике и диагностике ротового сепсиса. Доказательства существования «фокальной инфекции» открыли новые методы лечения, которые заложили основу современным правилам хирургии. Вот что пишет об этом Старобинский И.М.: «мы должны расширить рамки хирургических вмешательств при лечении периапикальных процессов. В руководимой мною стоматологической клинике БГУ и одонтологическом институте НКАЗ после экстирпации зуба все гранулемы выскабливаются острой ложкой или удаляются с помощью резекции верхушки корня с на всех зубах, кроме верхних зубов мудрости, и всех малярах нижней челюсти» [12]. Подтверждением интереса к одонтогенному сепсису является статья Гольдберга Ф.Р. (1928). Проходя стажировку на базе хирургической клиники под руководством доц. Старобинского И.М., Гольдберг Ф.Р. наблюдает случай одонтогенного сепсиса у мальчика 10 лет из г. Борисова, приведший к смертельному исходу из-за неправильной тактики лечения. Автор критикует мнение, бытовавшее в то время среди зубных врачей и фельдшеров об опасности удаления причинного зуба при воспалительных заболеваниях в полости рта. «Мнение о невозможности удаления зуба при «флюсе» стало порочным и привело к тяжелому летальному исходу». Приводится случай болезни ребенка, которому зубной врач своевременно не удалил причинный зуб, а в хирургическую клинику направил его только после значительного ухудшения. При поступлении был установлен диагноз: «острый остеомиелит нижней

челюсти, осложненный флегмоной дна рта и сепсисом» [1]. Проводил операцию доцент Старобинский И.М. «Под эфирным наркозом произведены два разреза в подчелюстных областях с дренированием гнойных очагов. Проводилось медикаментозное лечение. Но результат был безуспешным» [12]. Большое значение имеют выводы, которые завершают данную публикацию: «огромный клинический материал, прошедший за истекший год через нашу поликлинику указывает на наступление значительного улучшения после экстракции зуба при острых воспалительных процессах на челюстях. Экстракция зуба должна сопровождаться одновременным разрезом мягких тканей в случае вовлечения их в процесс. Разрезы должны быть интра- или экстраоральными» [12]. Такие же выводы делает Ю.К. Метлицкий в статье напечатанной на белорусском языке в 1928 г. «Выпадук паддужкавага абсцэсу дэнтальнага пахаджэння»: «данный случай еще раз заставляет нас обратить внимание лечащих врачей на то, что использованное ими лечение при острых воспалительных процессах челюстей (использование согревающих компрессов и полоскание раствором ромашки) очень часто ведет к тяжелым осложнениям. Необходимо отказаться от этой устарелой терапии и перейти к более решительной – экстракции причинного зуба и разреза» [7]. Такие высказывания 80 лет назад были на уровне революции в зубохранении.

Подводя итоги подготовки врачей-стоматологов в довоенное время Ю.К. Метлицкий в статье «О реформе зубохранения и стоматологического образования» изданной в 1946 г. указывает на то, что попытка подготовить стоматологов путем специализации зубных врачей не дала положительных результатов [9]. Также не удался в БССР опыт внедрения в медицинском институте стоматологического уклона на лечебном факультете. Поскольку подготовка зубных врачей была прекращена с закрытием зубохранительной школы в 1923 г., в республике стала ощущаться нехватка стоматологических кадров. В

связи с этим в 1931 г. опять была открыта зубохранительная школа, давшая до войны 9 выпусков зубных врачей. К началу отечественной войны в БССР было 1200 зубных врачей, не считая выпуска школы 1941 г. в количестве 136 человек. Кроме того, в БССР имелось до 150 врачей-стоматологов. По количеству зубных врачей к количеству населения БССР была на первом месте. В связи со значительным укомплектованием зубными врачами сети здравоохранения Наркомздрав БССР уже к концу 1940 г. опять счел возможным ликвидировать зубохранительную школу и на ее базе открыть стоматологический институт. Накануне Отечественной войны Белорусский стоматологический институт получил юридическое оформление. В 1941 г. de facto уже существовал 1 курс стоматологического института, на котором обучалось 120 человек, и два курса зубохранительной школы [9]. В начале Великой Отечественной войны стоматологический институт, так же, как и медицинский институт, не был эвакуирован, и его материальная база была полностью уничтожена. Ю.К. Метлицкий с 1941 по 1943 гг. служил в эвакуационных госпиталях и был ведущим хирургом по челюстно-лицевой хирургии. К.И. Бердыган с 1940 по 1944 гг. работал преподавателем Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в Ленинграде.

Таким образом, проведенный нами анализ исторических фактов позволяет сделать следующее **заключение:**

- белорусской челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии в 2012 г. исполняется 85 лет;
- основоположником челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии в Белоруссии являются доцент И.М. Старобинский и Ю.К. Метлицкий;
- оказываемая хирургическая стоматологическая помощь до 1941 г. была на высоком уровне и полностью обеспечивалась сотрудниками стоматологической клиники под руководством доцента Ю.К. Метлицкого.

Литература

1. Гольдберг, Ф.Р. Случай одонтогенного сепсиса со смертельным исходом. / Ф.Р. Гольдберг // Бел.мед.думка. - 1928. - №6-7. - С.175-177.
2. К истории основания Минского медицинского института : сб. работ науч.сессии, МГПИ: Г.Р. Крючек, Е.И. Шишко. - Мн., 1956 - 180 с.
3. Крючек, Г.Р. Гродненская врачебная школа второй половины XVIIIв. и ее руководитель профессор Ж.Э.Жильбер / Г.Р. Крючек // Здравоохранение Белоруссии. - 1959. - № 7. - С.49 - 54.
4. Метлицкий, Ю.К. К открытию кафедры стоматологии при Белорусском государственном университете / Ю.К. Метлицкий // Одонтология и стоматология. - 1928. - №2. - С.58-59.
5. Метлицкий, Ю.К. Проблема терапии гангрены пульпы / Ю.К. Метлицкий // Бел.мед.думка. - 1928. - №6-7. - С. 165-168.
6. Метлицкий, Ю.К. Открытие Белорусского государственного одонтологического института в Минске / Ю.К. Метлицкий // Одонтология и стоматология. - 1929. - №1. - С.54-56.
7. Метлицкий Ю.К. Выпадук паддужкавага абсцэсу дэнтальнага паходжэння / Ю.К. Метлицкий // Бел. Мед. думка. - 1929. - №2 - 6. - С. 131.
8. Метлицкий, Ю.К. Стоматологическая и зубохранительная помощь в БССР / Ю.К. Метлицкий // Мед.журн.БССР. - 1939 - №3-4. - С.127-129.
9. Метлицкий, Ю.К. О реформе зубохранения и стоматологического образования. / Ю.К. Метлицкий // Стоматология -1946. -№4. -С. 62.
10. Старобинский, И.М. Наблюдение над кариесом зубов у беременных женщин и концентрацией в их слюне водородных ионов / И.М. Старобинский // Бел.мед.думка. - 1928. - №4-5. - С.53-59.
11. Старобинский, И.М. Белорусский государственный одонтологический институт / И.М. Старобинский // Бел.мед.думка. -1929. - №1. - С.98-101.
12. Старобинский, И.М. Проблема ротового сепсиса. / И.М. Старобинский. - Минск : Бел.дзярж.выд., 1929. - 15с.
13. Шишко, Е.И. Развитие и деятельность Минского государственного медицинского института (1921-1971гг.) / Е.И. Шишко. - Мн.: 1971. - 150 с.
14. Шишко, Е.И. Минский ордена Трудового Красного Знамени государственный медицинский институт / Е.И. Шишко, А.А. Кмочарев, А.И. Кубарко. - Мн.: «Высшая школа», 1991. - 190 с.

Продолжение следует.

Поступила в редакцию 27.09.2012.

ЯРОСЛАВ ЗАБЛОЦКИЙ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ ГЛАЗАМИ УКРАИНЦА

БЛИЦ-ИНТЕРВЬЮ В ПЕРЕРЫВЕ МЕЖДУ ЛЕКЦИЯМИ

Резюме. Во время Международной конференции «Инновации в стоматологии» состоялась беседа ректора частной стоматологической академии Заблоцкого (Украина), профессора Ярослава Заблоцкого с белорусским журналистом Светланой Денисовой.

Президент Ассоциации имплантологов Украины, руководитель центров имплантации под брендом «Клиника Заблоцкого» в Киеве и Львове, профессор Ярослав Заблоцкий приехал в Минск, чтобы выступить на Международной конференции «Инновации в стоматологии» с докладом под названием отнюдь не стоматологическим – «Моя философия». Неспроста. Инициировав в Украине и России акции, провозглашающие бесплатную имплантацию для пожилых людей, доктор Заблоцкий сделал счастливыми тысячи пенсионеров.

Ключевые слова: интервью, акции, имплантация для пожилых людей

YAROSLAV ZABLITSKIJ: SOME QUESTIONS OF STOMATOLOGY THROUGH THE EYES OF UKRAINIAN BLITZ-INTERVIEW THE RECESS OF THE LECTURES

Resume. During the international conference "Innovation in dentistry" there were a conversation between the rector of Zablotski private dental academy (Ukraine), professor Yaroslav Zablotski and belarusian journalist Svetlana Denisova.

The president of Ukrainian Implantologists Assosiation, the head of implantology centers under the brand "Zablotski Clinic" in Kiev and Lvov, professor Yaroslav Zablotski came to Minsk to take part in the international conference "Innovations in dentistry" with his report named by all means not like a dental report - "My philosophy". It was not without a purpose. Being an initiator of doing implantation for elderly people for free in Ukraine and Russia, doctor Zablotski made thousands of pensioners happy.

Key words: interview, conference, implantation, elderly people

– Согласны ли вы с прозвучавшим во время конференции выражением о том, что «периодонтологический больной» должен понимать, что он – «периодонтологический больной», и значит, красота, на которую он может претендовать, мягко скажем, условна?

– Скорее нет, чем да. Никто не хочет быть больным – это надо понимать гораздо больше. Лично мне ближе логика пациента, а не врача. Человек, даже будучи больным, должен чувствовать себя здоровым. Он должен быть красивым и успешным независимо от возраста и тем более болезней. Сделать его таковым – наша обязанность. Самая старшая участница акции, дама, которая в свои 96 лет все еще воспитывает двух семидесятилетних сыновей, последние двадцать лет больше всего мечтала иметь хорошие зубы. Она хотела быть красивой? Нет, она просто хотела быть нормальной. На лекции я приводил пример своей мамы. Ей 81, у нее болезнь Паркинсона, дрожат руки, ей тяжело ходить и, естественно, было бы тяжело еще и есть, и даже дышать, если бы зубные протезы были съёмными. Мы, я уверен, искали бы эти зубы в каше, под диваном или еще где-нибудь. По-настоящему осознать это может только тот, кто с такими людьми контактирует.

– Теперь понятно, почему для участия в акции вы приглашаете людей старше семидесяти: в пятьдесят пять или шестьдесят нужнее может казаться красивая улыбка, но функциональность в девяносто гораздо актуальнее.



Ярослав Заблоцкий, профессор, ректор частной стоматологической академии Заблоцкого (Украина), Президент Ассоциации имплантологов Украины, руководитель центров имплантации под брендом «Клиника Заблоцкого» в Киеве и Львове

– Я считаю, что, чем человек старше, тем лучше должны быть его зубы. Пусть даже искусственные, но они должны поддерживать его желание жить дальше, а не препятствовать этому желанию. Я общался с пациентами, которые прошли через нашу акцию, спустя время: некоторые из них женились

и вышли замуж! Только представьте: благодаря тому, что мы сделали, многие люди открыли для себя заново, что такое свежее яблоко или хлеб с горбушкой. Тем, у кого есть зубы, эти вкусы кажутся обычными: мы и не задумываемся, что есть кто-то, кому они недоступны. Многим молодым не понять, что это такое – искать туалетную комнату, чтобы снять зубы и промыть их так, чтобы никто этого не видел, или не иметь возможности целоваться, потому что зубы снимаются. Ведь в семьдесят люди тоже должны целоваться.

– Далеко ли вы собираетесь зайти в этих акциях?

– Не так уж далеко: на Марс пока не собирался. Но подсоединить к Дню бесплатной имплантации всю нашу планету хочу. Секрет успеха, на мой взгляд, заключается в том, что она на сто процентов самокупаема. Врачи из всей страны приезжали в Киев на акцию, платили по 50 евро (500 гривен) – и это была их плата за участие в акции. За эти деньги они могли попить кофе, поесть и распечатать документы. Компании-производители предоставляли имплантаты бесплатно, военный госпиталь, на территории которого проводилась акция, денег с пациентов тоже не брал.

– Как вы относитесь к страховой медицине?

– Медицина, которая за что-то платит, а за что-то не платит, делает людей ненормальными. Вы, наверное, знаете, что 95 % американской стоматологии называется «однозубая стоматология». Это потому, что государство посредством страховой компании возмещает человеку 1500 долларов в год. За эти деньги человек может полечить только один зуб. Причем они не суммируются – нельзя собрать за десять лет сумму на лечение десяти зубов. Под влиянием такой «халявы» люди становятся будто не от мира сего. Я даже думаю, что если бы Билл Гейтс пришел лечить зуб, то и он мотивировал бы это тем, что у него «страховка горит». Мне такой подход напоминает Лебеда, Рака и Щуку: в этих ролях выступают стоматолог, пациент и страховая компания. Интересы страховой компании никогда не заключались в том, чтобы что-то сделать «по доброте душевной»: она всегда стремится заработать. А врач при этом попадает в зависимость и делает не то, в чем нуждается пациент, а то, за что ему как врачу платит страховая компания.

– Как сделали бы вы? Какой медицина должна быть в идеале?

– Профилактической. Я не люблю слово «пациент», мне приятнее произносить «человек», потому что каждый человек, и я в том числе, – чей-то пациент. Так вот, людям надо объяснить одну простую вещь: им все равно, сколько стоит имплантация, если у них здоровые зубы.

– И вам не кажется, что это медицина самоак-

туализирующихся личностей? Ведь в платной стоматологии выгоднее заниматься не профилактикой, а лечением.

– Это, по-моему, не вопрос. В наших странах, вашей и моей, так много беззубых и от этого несчастных, что лечебной работы хватит еще на три-четыре поколения врачей. И даже если стоматологи, шутя, поднимают тост «За кариес», они все равно против кариеса. В стоматологию они пошли ради того, чтобы помогать людям от него избавляться. В медицину ведь не идут, как в ГАИ или на стройку, – медицину выбирают сердцем.

– Каково ваше мнение о белорусской стоматологии?

– Мне кажется, что она еще не раскрылась на всю ширину своих возможностей. По крайней мере, я знаю здесь очень многих талантливых людей – и моего возраста, и моложе, будущее которых, несомненно, лучше. Но вообще-то, те трудности, которые есть в Беларуси, есть и в Украине. Возможно, мы чуть более демократичны, но все мы еще живем и под прессом советского прошлого, и под влиянием России. Я совершенно не политик, но мне кажется, что именно это сдерживает движение вперед, в том числе и в стоматологии. Здесь, в Минске, я часто слышу английский, и это приятно. Чем выше будет оценена роль иностранного языка, тем скорее белорусские коллеги раскроют свой потенциал. У открытой страны всегда больше приоритетов, чем у закрытой. А люди у вас просто великолепные!

– Что вы скажете об уровне организации конференции?

– Всегда удивляюсь, как Людмила Николаевна Дедова находит силы каждый год проводить столько мероприятий, и в частности, такую конференцию. Мне очень импонирует присутствие на конференции большого количества молодых людей. Профессор Дедова умеет их привлекать – и тем самым делает очень важный шаг в сторону перспектив будущего. Понимание руководством ассоциации и организаторами конференции этого факта – залог успеха во всех направлениях деятельности. Будущее ведь в любом случае принадлежит молодым.

– Вы производите впечатление очень счастливого человека. Есть ли что-то, чего вам не хватает?

– Все, что нужно для счастья, у меня есть. Я думаю, что счастье – это не такое уж сложное понятие. Если говорить о молодых людях, то им для счастья надо жениться. Если о девушках – выйти замуж. Потом надо, чтобы у них родились дети, после – чтобы у их детей тоже родились дети. Вот это и будет счастье. А не хватает мне времени и места, трибуны, чтобы мои знания передать другим, сделать так, чтобы люди были здоровыми. Например, во многих странах Европы пуповинную

кровь уже давно сдают в специальный банк. То же делают и со стволовыми клетками. Пусть это никогда не пригодится, но люди должны знать о такой возможности и воспользоваться ею. С одной стороны, те коммуникации, которые у нас теперь есть, помогают людям получать информацию быстро и в полном объеме, с другой – информации этой так много, что люди от нее уже закрываются. Или воспринимают как рекламу. Я не хочу, чтобы наша акция – День бесплатной имплантации – была покрыта какой-то рекламной компанией. Я даже против того, чтобы за это платили. Пре-

зидент, правительство или компания-производитель имплантатов или зубных паст. Я хотел, чтобы все это делалось за деньги врачей – так и вышло. Я очень рад тому, что моя идея получила такое развитие. Половину своей жизни как врач я говорил пациентам: «Извините, ничем помочь не могу». А сегодня я способен помочь любому – независимо от клинической ситуации. Ни возраст, ни анатомия – ничто сегодня не является препятствием. Наши пациенты очень быстро забывают, с какой стороны у них свои зубы, а с какой искусственные. Вот это – мое счастье.



Детская клиника профессора Я. Заблоцкого (Львов) встречает пациентов



Детская клиника профессора Я. Заблоцкого (Львов) - регистратура



Детская клиника профессора Я. Заблоцкого (Львов) - в стоматологическом кабинете

*Провела интервью Светлана Денисова
Поступила в редакцию 12.04.2012.*

Ю.П. Чернявский¹, В.П. Кавецкий²

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АДГЕЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»,
Г. ВИТЕБСК¹

ГУО «БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ», Г. МИНСК²

Резюме. В статье рассматриваются полученные результаты электроодонтометрии опорных зубов при изготовлении адгезивных волоконных конструкций. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты влияния препарирования зубов на показатели электровозбудимости их пульпы. Изучены особенности динамики показателей электроодонтометрии опорных зубов.

Ключевые слова: адгезивная волоконная конструкция, опорные зубы, электроодонтометрия

Yu.P. Chernyavsky¹, V.P. Kavetsky²

ANALYSIS OF ELECTROODONTOMETRY INDICES WHEN USING ADHESIVE CONSTRUCTIONS

VITEBSK STATE MEDICAL UNIVERSITY, VITEBSK¹

BELARUSIAN MEDICAL POSTGRADUATE ACADEMY, MINSK²

Summary. The article presents the results obtained after the abutment teeth electroodontometry when making fiber adhesive structures. Short- and long-term outcomes of the influence of teeth preparation on the indices of their pulp electroexcitability have been reviewed. Peculiarities of the dynamic indices of the abutment teeth electroodontometry have been studied.

Key words: fiber adhesive structures, abutment teeth, electroodontometry

Одной из актуальных задач современной стоматологии является замещение малых включенных дефектов зубного ряда [3, 5, 9]. Наряду с классическими восстановительными конструкциями, которые хорошо зарекомендовали себя на протяжении их длительного использования, все большую популярность приобретают альтернативные, малоинвазивные варианты замещения дефектов зубных рядов, одним из которых является изготовление адгезивных волоконных конструкций (АВК) [2, 7]. Безусловными преимуществами адгезивных протезов являются: щадящий характер препарирования; высокая эстетичность; возможность изготовления различными способами, включая односеансный; а также проведение коррекции конструкции в полости рта [8, 11]. Важным аспектом в комплексной оценке клинической эффективности применения адгезивных конструкций является сохранение жизнеспособности пульпы опорных зубов. Изначально предложенное авторами изготовление АВК без препарирования, безусловно, определяло «временный статус» протезов и не могло значимо влиять на жизнеспособность пульпы зубов [8]. Однако впоследствии были разработаны новые подходы к определению необходимого объема и дизайна препарирования зубов, которые позволили изменить «временный статус» протезов, при этом увеличился объем одонтопрепарирования и вопрос реакции пульпы опорных зубов на него стал весьма актуальным [3, 4]. Опубликованные в научной литературе данные о влиянии препарирования на состояние пульпы опорных зубов

при изготовлении АВК в ближайшие и отдаленные сроки их использования неоднозначны [1, 6]. На сегодняшний день в комплексе диагностических методик целесообразно использовать электроодонтометрию, которая позволяет правильно оценить состояние пульпы опорных зубов на всех этапах восстановительного лечения [1, 10].

Цель: изучить динамику показателей электровозбудимости пульпы опорных зубов в ближайшие и отдаленные сроки при изготовлении и эксплуатации адгезивных волоконных конструкций.

Материалы и методы. За 2007–2010 гг. на кафедре общей стоматологии БелМАПО было проведено восстановление малых включенных дефектов зубного ряда 110 пациентам. Средний возраст пациентов составил $34,52 \pm 0,53$ года. Из них: 62 женщины (56,36 %) и 48 мужчин (43,64 %). Всего было изготовлено 110 адгезивных волоконных конструкций с различным типом позиционирования армирующего каркаса. Из них: 82 адгезивные волоконные конструкции (АВК) замещали отсутствующие зубы в разных участках зубного ряда; 28 конструкций являлись шинирующими (шАВК), с их помощью осуществляли иммобилизацию подвижных групп зубов при заболеваниях маргинального периодонта, а также при необходимости временно восстанавливали целостность зубного ряда.

Все изготовленные АВК были разделены на две группы. Первая группа: 31 конструкция, изготовленная на начальном этапе исследования по традиционным подходам к выбору варианта расположения армирующего каркаса и моделиро-

Таблица 1. Распределение конструкций по группам

Группа	Конструкция				
	Классическая	Усиленная	Упроченная	Шинирующая	Комбинированная шинирующая
1	15	7	–	4	5
2	20	17	23	8	11

ванию протеза. Вторая группа: 79 конструкций, изготовленных в соответствии с разработанными рекомендациями по изготовлению АВК в соответствии с топографией дефекта. В зависимости от примененного варианта расположения армирующего волоконного каркаса, изготовленные конструкции были отнесены к одному из пяти видов протезов [4]:

– подгруппа 1: конструкции с одним армирующим элементом, который расположен в вертикальной плоскости (перпендикулярно по отношению к альвеолярному отростку челюсти) в межзубном пространстве (теле протеза) и закреплен в той же плоскости на твердых тканях опорных зубов. Такой вариант использования каркаса наиболее часто упоминался в литературных источниках и содержался в рекомендациях большинства фирм – производителей армирующих волоконных систем. Для данного варианта было предложено использовать определение «классическая»;

– подгруппа 2: конструкции с двумя армирующими элементами, которые расположены в вертикальной плоскости (перпендикулярно по отношению к альвеолярному отростку челюсти) в межзубном пространстве (теле протеза) и закреплены в той же плоскости на твердых тканях опорных зубов. При этом элементы каркаса между собой не контактируют, проходя параллельно друг другу. Для данного варианта было предложено использовать определение «усиленная»;

– подгруппа 3: конструкции с двумя армирующими элементами, один из которых расположен в вертикальной (перпендикулярно по отношению к альвеолярному отростку челюсти), а второй – в горизонтальной (параллельно по отношению к альвеолярному отростку челюсти) плоскостях (взаимно перпендикулярно) в межзубном пространстве (теле протеза) и закреплены в тех же плоскостях на твердых тканях опорных зубов. При этом элементы каркаса между собой не контактируют. Для данного варианта было предложено использовать определение «упроченная»;

– подгруппа 4: шинирующие конструкции с одним армирующим элементом, который закреплен в вертикальной плоскости (перпендикулярно по отношению к альвеолярному отростку челюсти) на твердых тканях опорных зубов. Для данного варианта было предложено использовать определение шинирующая АВК (шАВК);

– подгруппа 5: шинирующие конструкции с замещением отсутствующего зуба с одним армирующим элементом, который расположен в вертикальной плоскости (перпендикулярно по отношению к альвеолярному отростку челюсти) в межзубном пространстве (теле протеза) и закреплен в той же плоскости на твердых тканях опорных зубов. Для данного варианта было предложено использовать определение комбинированная шинирующая АВК (кшАВК).

Распределение конструкций по группам представлено в табл. 1.

Перед изготовлением адгезивных конструкций проводилось обследование полости рта по стандартной методике с использованием клинических и рентгенологических методов. На основании полученных данных нуждающимся пациентам проводились специальные подготовительные мероприятия, включая мотивацию, нормализацию гигиенического и периодонтологического статуса, коррекцию окклюзионных взаимоотношений. Комплекс обследования включал электроодонтометрию всех опорных зубов. На основании полученных данных ЭОД решался вопрос о подготовительных мероприятиях эндодонтического профиля. Также показатели ЭОД учитывались при планировании пространственного позиционирования армирующего каркаса и объема предстоящего препарирования твердых тканей зубов.

Для достижения поставленной цели было обследовано 311 зубов у 110 пациентов. Из них 164 опорных зуба (52,73 %) в 82 конструкциях составили подгруппу без патологических изменений в тканях периодонта; 147 опорных зубов (47,27 %) в 28 конструкциях – подгруппу с заболеваниями маргинального периодонта. В исследовании были включены здоровые опорные зубы, зубы с клиническим диагнозом кариес дентина и зубы с ранее выполненными композиционными реставрациями. На предварительном этапе на основе данных электроодонтометрии и рентгенологического исследования из наблюдения были исключены 4 ранее депульпированных зуба из числа опорных зубов АВК, а также 6 ранее депульпированных зубов из числа опорных зубов шАВК. Дополнительно при изготовлении шАВК по показаниям было проведено эндодонтическое лечение 7 зубов, которые также не принимали участие в исследованиях. Распределение зубов по конструкциям,

Таблица 2. Состояние твердых тканей опорных зубов

Подгруппа	1 группа			2 группа		
	здоровый	кариес	пломба	здоровый	кариес	пломба
АВК	17	11	14	30	36	50
шАВК	18	13	11	67	11	14

подгруппам и состоянию твердых тканей представлено в табл. 2.

Электровозбудимость пульпы зубов определяли с помощью аппарата ЭОД-2М в области бугра (режущего края) исследуемого зуба по методике Рубина Л.Г. [10]. Каждый параметр определяли трижды, вычисляли среднее значение и фиксировали в разработанных картах. Обращалось особое внимание на наличие и размер пломбы у обследуемых зубов, которые в 100 % случаев были выполнены из композитных материалов. Для постановки диагноза принимались во внимание следующие показатели электрометрических исследований: пульпа здоровых зубов реагирует на ток 2–6 мкА, при кариесе дентина – 2–10 мкА, гиперемии пульпы – 12–18 мкА, остром пульпите – 20–30 мкА, хроническом пульпите – 31–99 мкА, апикальном периодонтите – на 100–200 и выше. Электроодонтометрия опорных зубов проводилась на этапе обследования (до препарирования зубов – 1 осмотр), через 2 недели (2 осмотр), 12 месяцев (3 осмотр) и 24 месяца (4 осмотр) после изготовления конструкций.

Результаты исследования и их обсуждение.

Изменения показателей электроодонтометрии опорных зубов в зависимости от клинического диагноза в ближайшие и отдаленные сроки в 1 группе наблюдения представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, результаты измерения по-

казателей электроодонтометрии в зависимости от клинического диагноза в первой группе наблюдения были следующие. При первом осмотре в подгруппе без патологических изменений в тканях периодонта электровозбудимость пульпы интактных зубов в области бугра (режущего края зуба) составила в среднем 5,0 [5,0/6,0] мкА. В зубах с клиническим диагнозом кариес дентина показатель ЭОД фиксировался на более высоком уровне и составил 11,36 (1,12) мкА. При наличии на зубах ранее изготовленных композиционных реставраций средняя пороговая сила раздражения возрастала до 14,29 (1,437) мкА. В данной группе наблюдения обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,001$, по критерию Манна-Уитни) между показателями ЭОД зубов с диагнозом здоровый, кариес дентина, пломба. Через 2 недели после проведения препарирования твердых тканей зубов и изготовления АВК при определении ЭОД зарегистрировано достоверное ($p < 0,001$, по критерию Манна-Уитни) увеличение показателей электровозбудимости пульпы до 16,0 [15,0/17,0] мкА, 16,09 (1,044) мкА, 17,0 [16,75/18,0] мкА в подгруппах соответственно. При проведении ЭОД опорных зубов через 1 год зафиксировано достоверное ($p < 0,001$, по критерию Манна-Уитни) снижение показателей электровозбудимости пульпы до 13,76 (1,147) мкА, 14,0 [13,0/14,0] мкА, 13,5 [13,0/14,0] мкА в подгруппах соответственно.

Таблица 3. Динамика показателей ЭОД зубов 1 группы (мкА)

Конструкция	Диагноз	1 осмотр Me [LQ/UQ] M (SD)	2 осмотр Me [LQ/UQ] M (SD)	3 осмотр Me [LQ/UQ] M (SD)	4 осмотр Me [LQ/UQ] M (SD)
АВК	здоровый	5,0 [5,0/6,0] $p = 0,002$	16,0 [15,0/17,0] $p = 0,013$	13,76 (1,147) $p = 0,055$	13,0 [12,5/13,5] $p = 0,003$
	кариес	11,36 (1,12) $p = 0,135$	16,09 (1,044) $p = 0,079$	14,0 [13,0/14,0] $p = 0,013$	13,0 [12,0/13,0] $p < 0,001$
	пломба	14,29 (1,437) $p = 0,096$	17,0 [16,75/18,0] $p = 0,007$	13,5 [13,0/14,0] $p = 0,042$	13,0 [12,0/13,0] $p = 0,002$
шАВК	здоровый	15,0 [14,0/15,0] $p < 0,001$	24,0 [23,0/24,25] $p = 0,003$	22,0 [21,0/22,0] $p < 0,001$	21,0 [21,0/22,0] $p < 0,001$
	кариес	20,0 [19,0/21,0] $p = 0,035$	24,5 (0,85) $p = 0,258$	22,0 [21,75/22,25] $p = 0,022$	22,0 [21,0/22,0] $p < 0,001$
	пломба	22,0 [22,0/23,0] $p = 0,015$	26,0 [25,0/26,0] $p = 0,015$	22,0 [22,0/23,0] $p < 0,001$	21,7 (0,949) $p = 0,287$

Примечание: p – уровень статистической значимости для критерия Шапиро–Уилка

Таблица 4. Динамика показателей ЭОД зубов 2-й группы (мкА)

Конструкция	Диагноз	1 осмотр Me[LQ/UQ] M (SD)	2 осмотр Me[LQ/UQ]	3 осмотр Me[LQ/UQ]	4 осмотр Me[LQ/UQ]
АВК	здоровый	5,0 [4,0/5,0] p < 0,001	15,0 [15,0/16,0] p = 0,001	13,0 [13,0/14,0] p < 0,001	13,0 [13,0/13,0] p < 0,001
	кариес	12,0 [11,0/12,0] p = 0,005	16,0 [15,0/17,0] p = 0,003	14,0 [13,0/14,0] p < 0,001	13,0 [13,0/13,0] p < 0,001
	пломба	14,0 [14,0/15,0] p = 0,001	17,0 [16,0/18,0] p = 0,001	14,0 [13,0/15,0] p = 0,001	14,0 [13,0/14,0] p < 0,001
шАВК	здоровый	14,0 [13,0/14,0] p < 0,001	24,0 [23,0/25,0] p < 0,001	22,0 [21,0/22,0] p < 0,001	21,0 [21,0/22,0] p < 0,001
	кариес	20,09 (0,944) p = 0,095	25,0 [25,0/26,0] p = 0,021	22,0 [21,0/22,0] p = 0,018	21,0 [21,0/22,0] p = 0,008
	пломба	22,0 [21,0/22,25] p = 0,005	25,5 [25,0/26,0] p = 0,002	22,0 [22,0/22,0] p = 0,001	21,5 [21,0/22,0] p = 0,002

Примечание: p – уровень статистической значимости для критерия Шапиро–Уилка

Через два года эксплуатации протезов показатели ЭОД регистрировались на еще достоверно более низком уровне (p < 0,034, по критерию Манна-Уитни): 13,0 [12,5/13,5] мкА, 13,0 [12,0/13,0] мкА, 13,0 [12,0/13,0] мкА соответственно. Показатели электровозбудимости пульпы опорных зубов через 1 и 2 года эксплуатации АВК соответствовали значениям ЭОД зубов с пломбами.

При первом осмотре в подгруппе с патологическими изменениями в тканях периодонта электровозбудимость пульпы интактных зубов в области бугра (режущего края зуба) составляла в среднем 15,0 [14,0/15,0] мкА и была достоверно (p < 0,001, по критерию Манна-Уитни) выше по сравнению с аналогичными показателями зубов в подгруппе без патологических изменений в тканях периодонта. В зубах с клиническим диагнозом кариес дентина показатель ЭОД фиксировался на более высоком уровне и составил 20,0 [19,0/21,0] мкА, что достоверно (p < 0,001, по критерию Манна-Уитни) выше по сравнению с аналогичными показателями зубов в подгруппе без патологических изменений в тканях периодонта. При наличии на зубах ранее изготовленных композиционных реставраций средняя пороговая сила раздражения возрастала до 22,0 [22,0/23,0] мкА и также была достоверно (p < 0,001, по критерию Манна-Уитни) выше по сравнению с аналогичными показателями зубов в подгруппе без патологических изменений в тканях периодонта. После проведения препарирования твердых тканей зубов и изготовления АВК через 2 недели при определении ЭОД зарегистрировано достоверное (p < 0,001, по критерию Манна-Уитни) увеличение показателей электровозбудимости пульпы до 24,0 [23,0/24,25] мкА, 24,5 (0,85) мкА, 26,0 [25,0/26,0] мкА соответственно. При проведении ЭОД опорных зубов че-

рез 1 год зафиксировано достоверное (p < 0,001, по критерию Манна-Уитни) снижение показателей электровозбудимости пульпы до 22,0 [21,0/22,0] мкА, 22,0 [21,75/22,25] мкА, 22,0 [22,0/23,0] мкА соответственно. Через два года эксплуатации протезов показатели ЭОД регистрировались на уровне 21,0 [21,0/22,0] мкА, 22,0 [21,0/22,0] мкА, 21,7 (0,949) мкА соответственно, не установлено достоверных (p > 0,076, по критерию Манна-Уитни) различий с показателями предыдущего осмотра. Показатели электровозбудимости пульпы опорных зубов через 1 и 2 года эксплуатации шАВК соответствовали значениям ЭОД зубов с пломбами. Полученные в конце двухлетних наблюдений показатели ЭОД в данной подгруппе были достоверно (p < 0,001, по критерию Манна-Уитни) выше по сравнению с аналогичными показателями зубов подгруппы без патологических изменений в тканях периодонта.

Динамика показателей электроодонтометрии опорных зубов в зависимости от клинического диагноза в ближайшие и отдаленные сроки в во 2-й группе наблюдения представлены в табл. 4.

Как видно из табл. 4, закономерности динамики показателей электроодонтометрии в зависимости от клинического диагноза во второй группе наблюдения соответствовали выше описанным для первой группы. Не выявлено статистически значимых различий между показателями ЭОД аналогичных конструкций и клинических диагнозов в 1 и 2 группах. За весь период наблюдения в первой группе зарегистрировано развитие осложненного кариеса в 3 зубах, что составляет 3,57 % от общего числа опорных зубов, в то время как во второй группе за аналогичный период времени зарегистрирован лишь 1 случай развития осложненного кариеса зубов, что составило 0,48 % от общего числа опорных зубов. При статистической

обработке полученных данных установлено, что достоверно чаще ($p = 0,068$, по критерию Фишера) развитие осложненного кариеса фиксировалось в первой группе конструкций.

Заключение.

1. На показатели электровозбудимости пульпы влияет состояние твердых тканей зубов и тканей маргинального периодонта. Наличие кариозного процесса, ранее изготовленных реставраций (пломб) и патологии маргинального периодонта достоверно увеличивают ($p < 0,001$, по критерию Манна-Уитни) показатели электроодонтометрии зубов.

2. Одонтопрепарирование опорных зубов при

изготовлении АВК приводит к изменениям в пульпе, что соответствует достоверному увеличению ($p < 0,001$, по критерию Манна-Уитни) показателей электроодонтометрии зубов. При этом изменения носят функционально обратимый характер, что приводит впоследствии к снижению показателей до уровня, соответствующего показателям ЭОД зуба с пломбой.

3. Электроодонтометрия опорных зубов при изготовлении адгезивных конструкций позволяет решать вопрос о подготовительных мероприятиях эндодонтического профиля, а также обеспечить контроль качества препарирования твердых тканей зубов.

Литература

1. Артюшкевич, А.С. Результаты клинических испытаний прибора для определения электровозбудимости пульпы зуба «Дентометр ДМ-1» / А.С. Артюшкевич, Н.В. Насибянец // *Стоматол. журн.* – 2006. – Т. 7, № 3. – С. 203–207.
2. Гришин С. Ю., Жолудев С.Е. Восстановление единичных включенных дефектов зубного ряда адгезивными мостовидными протезами с армированием стекловолокном // *Институт стоматологии.* – 2006. – №4. – с. 50–53.
3. Луцкая, И. К. Основы эстетической стоматологии / И. К. Луцкая. Мн.: Современная школа, 2005. – 332 с.
4. Луцкая, И.К. Клиническая эффективность адгезивных волоконных конструкций / И.К.Луцкая, В.П.Кавецкий // *Соврем. стоматология.* – 2012. – №2. – С.19–22.
5. Луцкая, И.К. Диагностический справочник стоматолога. – Москва : Мед лит-ра, 2008. – 384 с.
6. Наумович, С.А Динамика показателей электроодонтометрии при подготовке пациента к протезированию несъемными конструкциями / С.А. Наумович, Н.В. Насибянец, Л.Г. Семенова, А.М. Матвеев, А.С. Борунов // *Стоматол. журн.* – 2008. –Т. 9, №1. – С. 45–47.
7. Наумович, С.А., Борунов, А.С., Кайдов, И.В., Ортопедическое лечение включенных дефектов зубного ряда адгезивными мостовидными протезами // *Современная стоматология.* – 2006. – №2. – с.34–38.
8. Петрикас, О.А. Клинико-экспериментальное обоснование применении адгезивных методик при протезировании больших: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21/ СГМА. С., 2002. – 39 с.
9. Полонейчик, Н.М., Мышковец, Н.А. Оценка распространенности малых включенных дефектов зубных рядов // *Труды молодых ученых: Сборник научных работ/ Бел.гос.мед.ун-т.* – Минск, 2000. – С. 184–186.
10. Яковлева, В.И., Трофимова, Е.К., Далидович, Т.П., Просверьяк, Г.П. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. – Мн. : Выш.шк., 1994. – 494с.
11. Kolbeck, C. In vitro study of fracture strength and marginal adaptation of polyethylene - fibre- reinforced- composite versus glass - fibre - reinforced-composite fixed partial dentures / C. Kolbeck, [et al.] // *Journal of Oral Rehabilitation.* 2002. – № 29. – P. 668–674.

Поступила в редакцию 04.07.2012.

Ю.Л. Денисова

ПРОГНОЗ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В статье определены первоочередные прогностические признаки развития и прогрессирования заболевания у пациентов с патологией периодонта в сочетании с зубочелюстными деформациями. Предложена программа анализа прогностических признаков для обоснования применения комплексных лечебно-профилактических мероприятий. Это позволило наглядно информировать пациента об уровне риска развития болезней периодонта, проводить постоянный мониторинг прогностических признаков и повысить эффективность лечения до 97 %.

Ключевые слова: прогноз заболевания, болезни периодонта, зубочелюстные деформации, комплексное лечение

Y.L. Denisova

THE PROGNOSIS OF MALOCCLUSIONS PATIENTS PERIODONTAL DISEASES

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The article includes the immediate prognostic development and progression of disease in patients with periodontal pathology in combination with dentoalveolar deformities. Offered a program of analysis of prognostic features to justify the use of integrated treatment and prevention. This will clearly inform the patient about the level of risk for periodontal disease, a constant monitoring of prognostic markers and increase the effectiveness of treatment to 97 %.

Key words: prediction of disease, periodontal disease, dentoalveolar deformation complex treatment

А.А. Остроумов: «Лишь знание особенностей организма дает основание предвидеть то или иное течение болезни».

Известно, что прогноз болезней периодонта (БП) целесообразнее проводить после обследования и постановки диагноза до планирования лечебно-диагностических мероприятий, а также в процессе и после окончания комплексного лечения и на этапах поддерживающей терапии. Прогнозирование заболевания дает возможность изучить особенности организма для определения предстоящего развития и исхода заболевания на основании объективных данных. Обычно прогноз для пациента с болезнями периодонта проводят в двух аспектах: общий и прогноз для отдельных зубов [4].

Общий прогноз позволяет оценить уровень риска прогрессирования болезней периодонта, основываясь на определении уровня воспалительной реакции в тканях периодонта, распространенности периодонтальных карманов, возраста пациента, количестве потерянных зубов, потери костной ткани в зависимости от возраста пациента, оценке системных и наследственных заболеваний, а также экологических и поведенческих факторов (например, курение). Все эти факторы рассматривают одновременно с целью определения уровня риска прогрессирования заболевания, плана лечебно-диагностических мероприятий и частоты посещений [5].

Для определения прогноза болезней периодонта необходимо выделить давность патологическо-

го процесса, определить, как каждый зуб вовлечен в патологический процесс, возраст пациента, количество зубов в ротовой полости у пациента, состояние поддерживающего аппарата, в частности, его величину, состояние ротовой полости и можно ли его улучшить, присутствуют ли парадонтопатии и можно ли их устранить, также выяснить, лечился ли пациент и как ранее ткани периодонта реагировали на проведенное лечение, может ли пациент контролировать зубной налет, как это ему удастся во временном отрезке. Важным является наличие возможностей, опыта и уровня профессионализма врача для оптимального лечения, т.е. прогноз болезней периодонта зависит от уровня развития клинической медицины на данный момент. Так, на современном этапе развития периодонтологии (применение новых технологий – как фармакологических, так и оперативных) даже при диагнозе «быстро прогрессирующий периодонтит» общий прогноз при условии своевременного и рационального метода лечения далеко не безнадежен [1].

Прогноз для отдельных зубов определяется после общего прогноза заболевания, учитывая их подвижность, количество корней, уровень потери кости, уровень прикрепления уздечки, наличие окклюзионной травмы, периодонтальных карманов, дегенеративных изменений в пульпе. [2].

Практика показала, что необходимо выделить два вида прогноза – хороший (благоприятный) и плохой (неблагоприятный). При стабилизации патологического процесса в тканях периодонта или

заведомо полном или частичном излечении заболевания определяют прогноз, как хороший. При регулярном проведении рациональных курсов лечения достижение надежной ремиссии не возможно, а потеря зубов неминуема – плохой прогноз [6].

Ряд исследователей установили, что периодонтологические пациенты, которые находились на регулярном динамическом наблюдении и проходили запланированные лечебно-профилактические мероприятия имели лучшие результаты лечения, чем пациенты, которым не проводили прогноз. В связи с этим периодонтологу необходимо определять прогноз болезней периодонта для установления частоты и количества мероприятий в основной и поддерживающей терапии [7].

Многие стоматологи незаслуженно мало внимания уделяют прогнозированию результатов лечения и оценке факторов риска, приводящих к прогрессированию болезней периодонта. Это связано с недостаточной мотивацией врача о важности данного этапа диагностики. Однако своевременная оценка клинических параметров прогноза служит информатором для врача в определении ожидаемого конечного результата лечения, возможного наступления рецидива болезней периодонта и в более информативной мотивации пациента о факторах риска развития заболевания [1].

Таким образом, очевидно, что постоянный мониторинг прогностических признаков позволяет запланировать необходимые лечебно-диагностические мероприятия, а также их частоту для улучшения прогноза и исхода болезней периодонта, наглядно информировать пациента об усилиях и уровне риска, которые могут ожидать врача и пациента в получении конечного результата лечения [4].

Целью исследования является определение первоочередных прогностических признаков развития и прогрессирования заболевания у пациентов с патологией периодонта в сочетании с зубочелюстными деформациями с одномоментным их анализом и построением программированной диаграммы прогноза для выбора лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели была разработана программа «Прогноз БП» для определения и анализа прогностических признаков развития заболевания по средствам построения программированной диаграммы, основанная на применении ЭВМ при обработке прогностических признаков. Исследования с применением программы «Прогноз БП» проводили на 3-й кафедре терапевтической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Для решения поставленной цели комплексное

обследование и лечение получили 68 пациентов с хроническим генерализованным сложным периодонтитом в сочетании с зубочелюстными деформациями в возрасте 35–44 лет.

Первую группу составили 33 пациента, у которых определяли и анализировали прогностические признаки заболевания посредством построения программированной диаграммы прогноза и своевременного назначения количества и кратности посещений в процессе комплексной терапии с включением вакуум-лазеротерапии и вакуум-УФО-терапии, витаминно-минерального комплекса «ДентоВитус». Во вторую группу вошли пациенты, которым не проводили анализ прогностических признаков программой «Прогноз БП» и не использовали физиотерапию и витаминно-минеральный комплекс (35 пациента). Состав этих групп пациентов был однотипен по тяжести поражения периодонта, полу и возрасту.

В программу «Прогноз БП» были включены следующие прогностические признаки развития заболевания:

Нарушение микроциркуляции по данным лазерно-оптической диагностики (ЛОДцсф) (от 0 до 60 усл.ед.).

Процент потери альвеолярной кости в зависимости от возраста пациента. На внутривидовых рентгенограммах определяли потерю альвеолярной кости, отступая 2 мм апикально от эмаляро-цементной границы к верхушке корня, с использованием альвеолярного индекса (AI) в %. На рентгенограмме % потери альвеолярной кости рассчитывался как 1 мм – 10 % (от 0 до 100 %) [3].

Соотношение сегментов с кровоточивостью при зондировании (КПЗ) с общим числом сегментов в % (от 0 до 100 %).

Количество сегментов с периодонтальными карманами 5 мм и более (от 0 до 100 %).

Количество утраченных зубов (от 1 до 32).

Наличие зубочелюстных деформаций (миграция зубов, скученность зубов и другие) («да», «нет»).

Системные заболевания (остеопения или остеопороз, диабет типа I, II или IL-1 полиморфизм, стресс и др.) («да», «нет»).

Экологические факторы, такие как курение сигарет («не курит», «бывший курильщик» – не курит последние 5 лет и более, «курит иногда», «курит до 20 сигарет в день», «курит более 20 сигарет в день», «курит более 40 сигарет в день»).

Каждый параметр (вектор) программированной диаграммы имел собственную шкалу измерений. Все прогностические признаки интерпретировали в зависимости от уровня риска возможного развития или прогрессирования заболевания (низкий, средний, высокий). Область низкого уровня риска находили в центре многоугольника, в то время как область высокого уровня находили на периферии

его. Между ними отличали зону среднего уровня риска прогрессирующего БП.

Комплексная оценка прогностических параметров определяла индивидуальный уровень риска возможного прогрессирующего заболевания, лечебно-профилактические мероприятия и частоту посещений. Программа «Прогноз БП» рассчитывала площадь заполнения многоугольника функциональной диаграммы прогноза в процентах (рис. 1).

Низкий уровень риска развития болезней пародонта рассчитывали, когда все параметры находились в низких пределах диаграммы или один параметр был в категории среднего риска. Средним уровнем риска развития болезней пародонта определяли, если два параметра находились в средних разделах диаграммы, но не более одного параметра были в категории высокого риска. Высокий уровень риска развития заболевания ставили, когда пациент имел большинство прогностических признаков на высоких пределах. При расчете параметров площадь заполнения многоугольника выделяли тремя цветами в зависимости от уровня риска, так низкий уровень соответствовал зеленому цвету, средний – желтому, а высокий – красному.

При необходимости в функциональную схему программы «Прогноз БП» могли быть внесены дополнительные факторы, такие как, капиллярное давление в тканях пародонта, функциональная активность нейтрофилов, эластазо-ингибиторная активность сыворотки крови, активность $\alpha 1$ – ПИ (протеиназного ингибитора) и $\alpha 2$ – МГ (макроглобулина), т.к. эти факторы важны при прогнозе быстропрогрессирующего пародонтита и других заболеваний.

Всем пациентам проводили комплексное лечение, которое включало подготовительное лечение, повторную оценку состояния тканей пародонта, ортодонтическое лечение (пассивными самолигирующими брекет-системами), ортопедическое лечение (по показаниям), поддерживающую терапию.

Результаты лечения болезней пародонта оценивали как: «хорошие» – при отсутствии жалоб, при клинических данных и показателях объективных тестов в пределах нормы; «удовлетворительные» – при отсутствии жалоб, при клинических данных и показателях объективных тестов с незначительными отклонениями от нормы; «неудовлетворительные» – при наличии жалоб, при показателях объективных тестов со значительными отклонениями от нормы.

Статистическая обработка данных выполнена в соответствии с современными требованиями к проведению медико-биологических исследований. Статистическая обработка материалов экспериментальных и клинических исследований выпол-

нялась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение.

При определении первостепенных прогностических признаков риска развития заболевания у пациентов с патологией пародонта в сочетании с зубочелюстными деформациями установили 8 основных: нарушение микроциркуляции по данным ЛОДцсф, потеря альвеолярной кости в зависимости от возраста пациента, соотношение сегментов с кровоточивостью при зондировании с общим числом сегментов, количество сегментов с пародонтальными карманами 5 мм и более, количество утраченных зубов, наличие зубочелюстной деформации, системных заболеваний, курение сигарет. Результаты обрабатывали далее на ПЭВМ с помощью программы «Прогноз БП».

По расположению и площади заполнения многоугольника (ПЗМ) диаграммы, которые рассчитывались программой, определяли уровень риска возможного развития или прогрессирующего заболевания. Полученные результаты обрабатывали и выводили на экран компьютера, сохраняя на диске для дальнейшего их анализа. В зависимости от соотношения прогностических признаков интерпретировали 3 уровня риска возможного развития или прогрессирующего заболевания: низкий, средний, высокий.

Низкий уровень риска развития БП рассчитывали при ЛОДцсф не менее 30 усл. ед.; КПЗ не менее 10 %; 1–3 пародонтальных карманов 5 и более мм; 1–3 отсутствующих зубов; потеря альвеолярные кости / возрасту до 0,5; без зубочелюстной деформации и системных заболеваний; пациент не курит или бывший курильщик (5 лет и более) (рис. 2).

Средний уровень риска развития БП: ЛОДцсф в пределах 20–29 усл. ед.; КПЗ от 9 % до 25 %; 4–8 пародонтальных карманов 5 и более мм; 4–8 отсутствующих зубов; потеря альвеолярные кости / возрасту составляет 0,5–1,0; с зубочелюстной деформацией и без системной патологией; пациент курит иногда или «курильщик» (до 20 сигарет в день) (рис.3).

Высокий уровень риска развития БП: ЛОДцсф – 19 усл. ед. и ниже; КПЗ более 25%; более 8 пародонтальных карманов 5 и более мм; более 8 отсутствующих зубов; потери альвеолярные кости / возрасту более 0,75; с зубочелюстной деформацией; с системной патологией; «заядлый» курильщик (более 20 сигарет в день) (рис.4).

До лечения у пациентов с хроническим генерализованным сложным пародонтитом в сочетании с зубочелюстными деформациями ПЗМ варьировала от 6 % до 80 %. В первой группе ПЗМ составила $27,9 \pm 2,45$ %, при этом низкий уровень развития БП выявлен у 3-х пациентов, у 18 пациентов был средний уровень, а у 12 пациентов – высокий.

У пациентов с высоким уровнем риска развития

болезней периодонта, при котором были выявлены высокий процент сегментов с кровоточивостью при зондировании, большое количество периодонтальных карманов глубиной ≥ 5 мм и нарушение микроциркуляции уровень риска прогрессирования заболевания уменьшился до среднего уровня риска уже через 3 месяца после проведения комплексной периодонтальной терапии. Площадь заполнения многоугольника у пациентов первой группы была равна $17,27 \pm 1,22$ %, что в 1,6 раза меньше по сравнению с параметром до лечения ($p < 0,001$).

Следует отметить, что адекватное комплексное лечение в течение первых 3–6 месяцев улучшило три параметра: процент сегментов с кровоточивостью (% КПЗ) и количество периодонтальных карманов глубиной ≥ 5 мм и нарушение микроциркуляции. В то время как другие параметры, такие как количество отсутствующих зубов, системные и генетические факторы были либо необратимыми, или не могли быть уменьшены, а также уменьшились только при больших дополнительных усилиях пациента, например, при исправлении зубочелюстной деформации, отказе от курения, контроле уровня глюкозы в крови и др. Площадь заполнения многоугольника через 6 месяцев лечения была равна $12,7 \pm 0,79$ %, что в 2,2 раза меньше по сравнению с параметром до лечения ($p < 0,001$).

Однако параметр, характеризующий процент потери альвеолярной кости в зависимости от возраста у пациентов с высоким и средним уровнем развития БП был уменьшен в 1,7 раза ($p < 0,001$) к 9 месяцу от начала комплексного лечения, а у 9,1 % пациентов он снизился до низких пределов только через 12 месяцев. Соотношение потери альвеолярной кости в зависимости от возраста при комплексном лечении уменьшился до низкого уровня риска к $6,7 \pm 0,9$ месяцев.

ИЛИ: Через 12 месяцев были получены результаты исследования пациентов первой группы, которые показали (продемонстрировали), что

Результаты исследования через 12 месяцев пациентов первой группы показали, что применение данного комплекса лечебно-профилактических мероприятий основной и поддерживающей терапии позволило отметить у 97 % пациентов с хроническим периодонтитом в сочетании с зубочелюстной деформацией благоприятный прогноз и получить хорошие результаты лечения. При этом ПЗМ составила $7,8 \pm 0,22$ % что в 3,5 раза меньше, чем до лечения ($p < 0,001$), при этом низкий уровень риска развития БП выявлен у 32 пациентов (97 %), средний уровень у 1 (3 %) пациента. Следует отметить, что постоянный мониторинг прогностических признаков позволил запланировать необходимые лечебно-диагностические меро-

приятия у каждого пациента и их частоту, а также наглядно информировал пациентов об уровне риска прогрессирования заболевания, улучшая мотивационный эффект лечения. Проведенное комплексное лечение позволило стабилизировать патологический процесс в тканях периодонта, поэтому при хороших показателях индексов гигиены и воспаления удовлетворительное состояние отмечено только у 3 % пациентов.

Необходимо выделить пациентов первой группы с высоким уровнем риска развития БП при следующих параметрах: ЛОДцф 15–19 усл. ед., КПЗ до 50 %, более 12 периодонтальных карманов глубиной 5 мм и более, но только 2 отсутствующих зубов, потери альвеолярные кости/возрасту не более 0,5, с зубочелюстной деформацией, без системной патологии, пациент не курит. Через 9 месяцев комплексной терапии 92 % пациентов имели низкий уровень, а 8 % – средний уровень риска прогрессирования заболевания. Это указывает на то, что пациенты с данными прогностическими параметрами при адекватном комплексном лечении имеют благоприятный прогноз в 92 % случаев.

Результаты исследования через 12 месяцев пациентов второй группы показали, что у 10 (28,6 %) пациентов отмечаются хорошие результаты лечения. Удовлетворительные результаты лечения – у 25 (71,4 %) пациентов соответственно, у которых были отмечены жалобы на кровоточивость десны при чистке зубов, а показатели объективных методов исследования были отклонены от нормы.

Отдаленные результаты исследования клинического состояния тканей периодонта через 24 месяца свидетельствовали о положительном лечебном эффекте комплексного лечения с мониторингом факторов риска с применением программы «Прогноз БП» каждые 3 месяца лечения. Хорошие результаты лечения были достигнуты у 97 % пациентов первой, у 54,3 % пациентов второй групп. Следует отметить, что превентивная диагностика, прогнозирование факторов риска и лечение дало возможность стабилизировать патологический процесс в тканях периодонта пациентов первой группы, поэтому удовлетворительное состояние отмечено только у 3 % пациентов в сравнении с группой, где удовлетворительные результаты лечения имели 45,7 % пациентов.

Заключение. Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

Определены первоочередные прогностические признаки развития и прогрессирования заболевания у пациентов с патологией периодонта в сочетании с зубочелюстными деформациями.

Проведен анализ прогностических признаков развития и прогрессирования болезней периодонта на основе разработанной программы прогноза для обоснования применения комплексных

лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с патологией пародонта в сочетании с зубочелюстными деформациями.

Разработанная методика анализа прогностических признаков развития и прогрессирования болезней пародонта позволяет качественно и количественно определять уровень риска развития и прогрессирования болезней пародонта, необ-

ходимые лечебно-диагностические мероприятия, в частности, показания к ортодонтическим мероприятиям, и частоту динамического наблюдения. Это позволило наглядно информировать пациента об уровне риска развития болезней пародонта, проводить постоянный мониторинг прогностических признаков и повысить эффективность лечения до 97 %.

Литература

1. Грудянов, А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – М. : МИА, 2009. – 336 с.
2. Дедова Л.Н. Диагностика болезней пародонта: Учебно-метод. пособие / Белор. госуд. мед. унив.; Сост. Л.Н.Дедова – Минск, 2004. – 70 с.
3. Денисова, Ю.А. Альвеолярный индекс (АИ) – новый метод рентгностеометрии в пародонтологической практике/ Ю.А.Денисова // Стоматолог. – №3. – С.24–28.
4. Axelsson P, Lindhe J, Nystrom B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults / P Axelsson, J. Lindhe, B. Nystrom // J Clin Periodontol. – 1991; 18: 182–189.
5. Bragger U, Hakanson D, Lang NP. Progression of periodontal disease in patients with mild to moderate adult periodontitis. / U Bragger, D. Hakanson, NP. Lang // J Clin Periodontol. – 1992;19:659–666.
6. Carranza's Clinical Periodontology. – 9th ed./ [edited by] M.G. Newman, H.H. Takei, F.A.Carranza. – 2002. – 1033 p.
7. Cortellini P, Pini Prato G, Tonetti M. Long term stability of clinical attachment following guided tissue regeneration and conventional therapy / P. Cortellini, G. Pini Prato, M.. Tonetti // J Clin Periodontol. – 1996;23:106–111.



Рис. 1. Функциональная диаграмма программы «Прогноз БП» рассчитывает уровень риска прогрессирования болезней пародонта, интервал динамического наблюдения, площадь заполнения многоугольника



Рис. 2. Пациент К, 35 лет имел низкий риск развития болезней пародонта: ЛОДцф 30 усл. ед.; КПЗ – 15 %; 4 сегмента с периодонтальными карманами 5 мм и более; 2 отсутствующих зуба; потеря альвеолярной кости / возрасту – 0,25; без зубочелюстной деформации и системных заболеваний; пациент не курил; ПЗП – 5 %; интервал динамического наблюдения – 12 месяцев



Рис. 3. Пациент З, 43 года. Средний риск развития болезней пародонта: ЛОДцф – 20 усл. ед.; КПЗ – 9 %; 6 сегментов с периодонтальными карманами 5 мм и более; 4 отсутствующих зубов; потеря альвеолярной кости / возрасту – 0,7; с зубочелюстной деформацией и системной патологией (остеопения – низкая костная масса); пациент не курит; ПЗП – 32 %; интервал динамического наблюдения – 6 месяцев



Рис. 4. Пациент И, 39 лет. Высокий риск развития болезней пародонта: ЛОДцф – 15 усл. ед.; КПЗ – 31 %; 20 сегментов с периодонтальными карманами 5 и более мм; 4 отсутствующих зубов; потеря альвеолярной кости / возрасту – 1,0; с зубочелюстной деформацией; без системной патологии; пациент иногда курит; ПЗП – 41 %; интервал динамического наблюдения – 3 месяца

Поступила в редакцию 08.09.2012

С.П. Рубникович, А.В. Лагойский

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В статье рассматриваются современные направления развития методов диагностики микроциркуляторных нарушений тканей периодонта при частичной вторичной адентии. Представлен обзор научной рецензируемой литературы по данной теме. Проведенный анализ современной литературы не дает четкой картины оценки изменений в тканях периодонта опорных зубов, а также механизма компенсаторно-приспособительных реакций.

Ключевые слова: стоматология, микроциркуляция, периодонт, металлокерамические протезы

S.P. Rubnikovich, A.V. Lagovsky

METHODS OF RESEARCH MICROCIRCULATION OF THE PERIODONTAL TISSUES IN PATIENTS WITH A PARTIALLY SECONDARY ADENTIA

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The article considers modern trends in development of the methods for diagnosis microcirculatory disorders of the periodontal tissue with partial secondary adentia. There is review of the scientific peer-reviewed literature. An analysis of modern literature does not provide a clear picture of changes in the assessment of periodontal tissues supporting the teeth, as well as the mechanism of compensatory-adaptive reactions.

Key words: dentistry, microcirculation, periodontium, metal-ceramic prostheses

Распространенность частичной вторичной адентии остается высокой. По данным ВОЗ, наряду с кариесом и болезнями периодонта, частичная вторичная адентия относится к наиболее распространенным заболеваниям зубочелюстной системы. Ею страдают до 75 % населения в различных регионах земного шара [1; 2]. Накоплен большой практический опыт лечения больных с частичной вторичной адентией с применением различных ортопедических конструкций [3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11].

Лечение пациентов с частичной вторичной адентией посредством несъемных мостовидных металлокерамических протезов с учетом структурно-функционального состояния и компенсаторно-приспособительных реакций организма является важной проблемой современной стоматологии. Ортопедическое лечение больных с поражением зубочелюстной системы преследует профилактические и лечебные цели [12; 13; 14; 15; 7; 16; 17; 18].

Известно, что нарушение целостности зубного ряда вызывает значительные сдвиги в кровоснабжении тканей периодонта [15; 19]. Исследования последних лет показали, что распределение нагрузки на опорные зубы при протезировании различными съемными и несъемными конструкциями зависит как от величины нагрузки, так и от состояния периодонта опорных зубов [9; 12; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 30].

Реакция тканей периодонта в ближайшие и отдаленные сроки после препарирования твердых

тканей коронки зуба и на этапах изготовления несъемных мостовидных металлокерамических протезов не освещена достаточно полно. В связи с этим объективная оценка функционального состояния микроциркуляции в тканях периодонта опорных зубов является актуальной для прогнозирования ближайших и отдаленных результатов протезирования пациентов с частичной вторичной адентией [31; 32; 33; 34; 35; 36].

Цель настоящего исследования – провести анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной вопросам влияния ортопедического лечения на состояние микроциркуляции тканей периодонта.

Материалы и методы. Проанализировали 170 литературных источников, опубликованных в период с 1989 г. по настоящее время. В рассмотренных статьях представлены современные базовые исследования по вопросам влияния различных видов ортопедического лечения на микроциркуляцию тканей периодонта опорных зубов и протезного ложа. В обзоре суммированы данные литературы относительно методов диагностики микроциркуляции тканей периодонта.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного литературного анализа получены следующие данные.

Востребованность в применении металлокерамических мостовидных протезов при ортопедическом лечении в стоматологии очень велика [37; 28; 38; 39]. Однако для достижения эстетического качества зубных протезов, восстановления жева-

тельной функции и их долговечности часто возникает необходимость в препарировании достаточного количества твердых тканей коронки зуба, вследствие чего могут развиваться патологические процессы в пульпе зуба и периодонте [40; 41; 42; 43].

Установлено, что реакция микроциркуляторного русла в тканях периодонта на этапе препарирования опорных зубов сопровождается развитием застойных явлений, которые, по данным различных авторов, купируются через 2 недели в клинических случаях со здоровой пульпой и прогрессируют при наличии патологии [44; 45; 46; 15].

Для устранения дефекта зубного ряда чаще всего применяются мостовидные протезы [5]. Однако подобные конструкции создают условия для развития повышенной функциональной нагрузки на периодонт опорных зубов [47; 48; 49; 29; 28; 50; 51; 52].

В современной литературе имеются различные объяснения реакции тканевого комплекса опорных зубов на функциональные нагрузки [53; 26]. Однако условия проводимых экспериментов носили различный имитирующий характер [24; 54; 55].

В исследовании на животных были проведены эксперименты, максимально приближенные к клиническим. В качестве подопытных использовались собаки. У животных оценивалось состояние периодонта в различных сроках после протезирования с двусторонней и односторонней опорой. Получены данные о том, что мостовидные протезы с односторонней опорой приводят к более глубоким дистрофическим изменениям периодонта. Максимальная функциональная перегрузка оказывается на стороне дефекта зубного ряда [56].

В последние годы появилось большое количество работ, в которых оценивается функциональное состояние системы кровообращения периодонта при частичной и полной вторичной адентии [57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 64; 65], а также состояние микроциркуляторного русла в норме [66; 36; 67; 68; 69; 70; 71; 72; 73].

Функциональное состояние тканей периодонта обеспечивается кровеносной системой, а функциональное состояние сосудов может служить прямым показателем состояния тканей опорных зубов [74; 75; 76; 77; 78; 79; 80; 81; 82; 83; 84; 85]. Стойкое механическое сдавление микроциркуляторного русла тканей периодонта приводит к значительному нарушению гемодинамики и может послужить причиной дистрофических изменений [86].

По мнению многих авторов, на изменение жевательной нагрузки реагируют в первую очередь сосуды периодонта. Оценка измененного кровообращения периодонта проводилась с помощью реопериодонтографии [29; 87; 88; 83; 89; 90; 91; 92; 79; 80]. Получены данные, что в слизистой оболочке неба при частичной и полной адентии уровень

кровотока в системе микроциркуляторного русла значительно снижен [93; 94; 95; 96].

При частичной вторичной адентии происходит нарушение морфофункциональных соотношений между элементами зубочелюстной системы, что приводит к изменению гемодинамики не только в зонах периодонта, испытывающих повышенную функциональную нагрузку, но и в тех местах, которые не участвуют в жевании [50; 28; 33]. Потеря одного двух зубов приводит к нарушению кровообращения в зубочелюстной системе [97; 98; 99; 100].

Компенсаторно-приспособительные возможности зубов различны. На количественную характеристику показателей компенсаторно-приспособительных возможностей влияет ряд факторов: соматическое здоровье пациента, возраст, пол, состояние тканей периодонта до протезирования, уровень рецессии десны, уровень гигиенических навыков пациента, питание. Большинство авторов в оценке резервных сил периодонта, а также его компенсаторно-приспособительных возможностей опираются на одонтопериодонтограмму. Однако данная методика не позволяет оценить состояние микроциркуляторного русла. До настоящего времени не разработана четкая тактика в определении количества необходимых опорных зубов при ортопедическом лечении для минимизации негативного воздействия мостовидных протезов на ткани периодонта. Проведенный анализ современной литературы не дает четкой картины оценки изменений в тканях периодонта опорных зубов, а также действия механизма компенсаторно-приспособительных реакций [101; 102].

Адаптация больного к протезам представляет собой проблему, которая применительно к отдельным разделам теории и практики пока не решена окончательно. Зубной протез воспринимается тканями полости рта человека как инородное тело и является сильным раздражителем для нервных окончаний слизистой оболочки протезного ложа, раздражение которых передается по рефлекторной дуге к вегетативным центрам, в результате чего появляется усиленная саливация и позывы к рвоте, нарушаются функции речи, жевания и глотания [103].

Адаптация, или приспособление, к протезу наступает постепенно и выражается в развитии нейромускулярной координации, восстановлении нарушенных функций, исчезновении восприятия протеза как инородного тела. Данные процессы можно рассматривать как проявление коркового торможения, наступающего в различные сроки – от 10 до 30 и более дней, в зависимости от многих причин. При своевременном повторном протезировании сроки адаптации значительно снижаются – до 3–5 дней [101; 103].

Известен способ определения адаптации к зуб-

ным протезам, заключающийся в том, что у больного в различные сроки после протезирования собирают слюну в градуированные пробирки методом сплевывания в течение 20 мин., которая хранится в холодильнике при температуре 5–7 °С на протяжении исследования. Скорость слюнотечения (мл/мин) определяют как отношение общего количества слюны к времени, в течение которого собиралась слюна (20 мин). Содержание кальция определяют трилонометрическим методом В.К. Леонтьева и В.Б. Смирновой [105].

Потенциометрическим методом на приборе «Универсальный иономер» с помощью ионоселективных электродов выявляют концентрацию ионов калия и натрия. Недостатками известного способа являются сложность и длительность процедуры определения скорости слюнотечения и содержания в ней нескольких элементов с применением сложной измерительной аппаратуры и химических реактивов, а так же дискомфорт больного во время исследования, что не удовлетворяет условиям амбулаторного приема [105].

Другая методика оценки адаптации больных к протезам, заключается в помещении в полость рта обследуемого 10–12 г (чайная ложка) сметаны, предварительно подкрашенной пищевым шафраном (в соотношении 0,1 г шафрана на 100 г сметаны), перемешивании ее языком в полости рта больным в течение 10 с и последующим проглатыванием, прополаскивании трижды полости рта дистиллированной водой, сплевывании этой воды в мерный сосуд с остатками сметаны и разведении до 200 мл дистиллированной водой, гомогенизировании полученной жидкости путем перемешивания ее стеклянной палочкой, определении интенсивности окрашивания по заранее откалиброванной типографской многотональной оттеночной шкале желтого цвета [103].

Исследование функции глотания в динамике у лиц после протезирования позволяет установить срок, в который количество оставшейся сметаны в полости рта становится таким же, как у лиц со здоровой полостью рта, и этот временной промежуток определяет адаптацию к протезам. Недостатком данной методики являются исследование состояния только глотательной функции, без учета всех функциональных изменений зубочелюстного аппарата и субъективной реакции организма на присутствие протезов, что затрудняет достоверность оценки привыкания, приспособления больного к протезам и объективность определения данного показателя [106; 101].

Также применяются некоторые субъективные методы, основанные на ощущениях пациента. Для определения сроков адаптации авторами были разработаны специальные анкеты-опросники, по результатам которых и судят об адаптации [106].

Многие авторы провели оценку состояния тканей периодонта при протезировании мостовидными металлокерамическими протезами, с использованием реопериодонтографии и фотоплетизмографии [101; 102; 103; 104; 105; 106; 106; 107; 108; 109; 110; 111; 112]. Были проведены исследования гемодинамики клинически здорового периодонта зубов, ограничивающих дефект зубного ряда [83].

Отмечена связь реакции сосудов периодонта в области опорных зубов мостовидных протезов от возраста, степени атрофии костной ткани, величины дефекта, а так же точки приложения нагрузок и количества опорных зубов; изучено влияние экзогенных факторов [3; 5; 113; 114; 115; 116; 117]. Исследователи не отмечают статистически значимых различий данных реопериодонтограмм после замещения дефектов зубных рядов мостовидными протезами различной конструкции и протяженности [23; 40].

На основании реопериодонтограмм было изучено влияние вазоактивных средств и функционально-дозированных нагрузок на гемодинамику периодонта [53; 45; 44; 8; 64]. Согласно данным Ирсалиева Х.И. (1993), интенсивность кровотока снижена и остается такой же при протезировании частичными съёмными протезами (как до протезирования, так и непосредственно после его завершения). Изменение кровотока менее выражено при применении несъёмного протезирования. Однако автор не сообщает, в отношении каких зубов эти изменения определялись [118].

В то же время ряд авторов исследовали влияние сплавов из благородных и неблагородных металлов на состояние тканей периодонта опорных зубов у пациентов, длительно пользующихся несъёмными металлокерамическими конструкциями [119; 120]. Другой группой авторов было проведено клинко-микробиологическое обоснование выбора конструкционного материала для временных несъёмных протезов в комплексном лечении болезней периодонта. В данных исследованиях была дана оценка влияния различных материалов для временных несъёмных протезов на микроциркуляцию тканей периодонта [120; 121; 119; 122; 123].

Получены данные об изменениях в сосудах маргинального периодонта при проведении ретракции десны, а также установлены изменения гемодинамики в пульпе опорных зубов после их препарирования для протезирования мостовидными протезами [58; 46; 19; 61; 124; 125; 76; 126].

Любое патологическое состояние тканей периодонта характеризуется нарушением микроциркуляции еще в доклинической стадии, что и определяет важность исследования характера изменений в микроциркуляторном русле [127; 128; 129; 130; 131; 132; 133; 126; 134; 135; 136; 137].

Визуализация микроциркуляторного русла в прижизненных условиях возможна с использованием биомикроскопической техники. Она позволяет оценить такие показатели, как тонус микрососудов, агрегатное состояние крови в микрососудах и ряд других признаков (в норме и при патологических процессах). Традиционно доступным для витальной микроскопии у человека являются кожа, ногтевое ложе, глаз (конъюнктивасклеры, сетчатая оболочка, радужная оболочка), слизистая оболочка ротовой полости, губы и язык. Благодаря современной микроскопической технике стало возможным изучение ранее недоступных объектов (например, слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей с помощью волоконной оптики) [65; 66].

Методы микрофотографии, кино- и телесъемки получили широкое распространение для регистрации и дальнейшей обработки экспериментальных данных при биомикроскопии. В последние десятилетия появилась возможность видеосвязи изображения с последующей его компьютерной обработкой. В настоящее время биомикроскопия используется не только в экспериментах на животных, но и в клинической практике. Принципиально новые возможности для клинического применения биомикроскопии открылись благодаря контактной микроскопии. Сконструированы специальные контактные микроскопы, предназначенные для использования в клинических условиях во время операций, обследований, а также для оценки состояния микроциркуляции в различных слизистых оболочках [59; 33].

Слизистая оболочка ротовой полости является одним из доступных для биомикроскопии объектов. По сравнению с кожей она имеет ряд преимуществ, поскольку обладает значительно меньшей плотностью, что позволяет получить более четкую картину микроциркуляторного русла. При капилляроскопии можно определить форму и величину капилляров, их количество, степень наполнения и характер течения крови в них как в норме, так и при патологических состояниях [138].

Следующим шагом развития методов диагностики состояния микроциркуляторного русла явилась появление метода доплеровской флоуметрии. Данный метод позволил более точно охарактеризовать причины нарушения кровотока, уточнить стадии ишемии и компенсаторные возможности сосудистого русла [139; 140; 141; 142; 143; 144; 145; 146; 147; 148; 149; 150; 151; 152; 153; 89].

Доплеровская флоуметрия (ДФ) позволила не только оценить общий уровень периферической перфузии, но и выявить особенности состояния и регуляции кровотока в сосудистом русле. В литературе имеются сведения об использовании ультразвукового доплера в стоматологии на этапах

лечения периодонтита. Однако в проведенных исследованиях отсутствуют четкие критерии оценки изменений тканевого кровотока в зависимости от степени тяжести патологии пародонта. Метод используется для диагностики степени и характера нарушений тканевого кровотока в тканях десны при заболеваниях периодонта [135; 154; 155; 156].

Сопутствующие заболевания тканей периодонта усугубляют негативное воздействие ортопедического лечения на периодонт опорных зубов.

Однако авторы не объясняют взаимосвязи выбранной ортопедической конструкции. Исследования захватывают краткосрочный период наблюдений [157; 84; 135; 127; 85].

Несмотря на множество методов исследования, используемых в отечественных и зарубежных клиниках, ни один из них не позволяет получить объективную оценку состояния микроциркуляции тканей периодонта в доклинических стадиях патологического процесса. Более того, эти методы не дают возможности прогнозировать и определять эффективность результатов проводимого лечения. Исследования в этой области осложняются трудностями методического характера. Имеющиеся в настоящее время методы диагностики болезней периодонта не всегда могут быть широко применены в клинике в связи с травматичностью некоторых из них (биопсия), необходимостью в специальной дорогостоящей аппаратуре (биомикроскопия), трудоемкостью в использовании (реопериодонтография, фотоплетизмография), ограниченностью зоны исследования (доплерография), субъективностью характера полученных клинических данных (индексы воспаления и гигиены) [163; 16].

Объективная регистрация состояния микроциркуляции возможна с помощью широко применяемого за рубежом доплеровского метода. Однако методика ДФ-метрии, основанная на регистрации доплеровского сдвига частоты рассеянного излучения, обеспечивает получение параметров кровотока в абсолютных величинах для больших кровеносных сосудов. При ее использовании для построения карт распределения кровотока в живой ткани с большим количеством мелких сосудов (капилляров) дополнительно требуется сканирование в пространстве, при этом результаты измерения в значительной степени зависят от оптической геометрии при освещении и регистрации изображения. В результате затрудняется получение мгновенных полей кровотока в капиллярах, хаотически распределенных в достаточно большом объеме тканей периодонта [54; 21].

Сложность патогенеза микроциркуляторных нарушений тканей периодонта требует применения достаточно чувствительных, высокоточных, доступных, неинвазивных методов диагностики сте-

пени расстройства капиллярного кровотока. Применение недавно разработанной современной лазерно-оптической диагностики на основе цифровой спекл-фотографии, позволяет объективно оценить показатели микроциркуляции и определить ее количественные характеристики [158; 159; 160; 161; 162; 163].

ЛОДцф имеет ряд преимуществ перед другими оптическими методами диагностики: проведение мониторинга состояния микроциркуляции тканей периодонта и напряженно-деформированного состояния зубов и зубных протезов в режиме реального времени за счет ускоренной компьютерной обработки; применение бесконтактного способа лазерного зондирования предупреждает эффект сдавления мягких тканей ротовой полости; проведение одномоментного исследования всех топографических зон десны и других участков ротовой полости [от 20×30 мм и более]; возможность дифференцированного назначения превентивной терапии при микроциркуляторных изменениях в периодонте; безболезненный для пациента и безопасный для врача метод, не требующий дополнительных средств защиты; доступный для широкого практического использования [164; 165; 166; 167].

Разработанная лазерно-оптическая диагностика на основе цифровой спекл-фотографии используется для оценки микроциркуляторных изменений тканей периодонта и позволяет проводить раннюю, доклиническую диагностику нарушений

микроциркуляций. А это, в свою очередь, помогает своевременно назначить адекватную терапию и способствует сокращению сроков восстановления этих нарушений и достижению устойчивых и качественных результатов лечения [168; 169; 170]. Это обеспечивает возможность широкого распространения данной методики.

Заключение. На основании анализа литературных данных установлено, что:

1. Среди современных объективных методов исследования микроциркуляции тканей периодонта используют: биомикроскопию, доплерографию, реопериодонтографию, фотоплетизмографию, лазерно-оптическую диагностику.

2. Несмотря на наличие различных способов изучения микроциркуляторных изменений, в настоящее время данных об оценке микроциркуляции тканей периодонта при частичной вторичной адентии недостаточно.

3. Таким образом, считаем необходимым проведение всестороннего, научно-обоснованного исследования для разработки и внедрения новых подходов в диагностике и лечении пациентов с болезнями периодонта и частичной вторичной адентией.

*Список литературы (170 источников)
находится в редакции журнала.*

Поступила в редакцию 03.07.2012

М.В. Осипова

МЕТОД ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА,
Г. С.-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ

Резюме. В статье предлагается подход к оценке распространенности кариеса зубов и его осложнений у населения, ориентированный на получение долгосрочных прогнозов. Процесс развития, профилактики и лечения кариеса и его осложнений рассматривается как марковский и формализуется новым графом состояний. На основе результатов обследования 2417 пациентов в возрасте от 12 до 65 лет определены относительные частоты наличия типовых диагнозов. Оценены средние времена переходов твердых тканей, пульпы зуба и периодонта из одной нозологической формы в другую. С использованием полученных результатов с учетом численного распределения населения Санкт-Петербурга по возрастным интервалам получены оценки распространенности кариеса зубов и его осложнений в городе.

Ключевые слова: кариес, потеря зуба, оценка распространенности, прогноз, марковская модель

M.V. Osipova

METHOD OF THE ESTIMATION OF PREVALENCE CARIES AND ITS COMPLICATIONS

SAINT-PETERSBURG STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER ACADEMICIAN I.P. PAVLOV, ST.-PETERSBURG, RUSSIA

Summary. In article the approach to an estimation of prevalence of caries and its complications at the population, focused on reception of long-term forecasts is offered. Development, preventive maintenance and treatment of caries and its complications is considered as Markov and formalized by a new state graph. On the basis of results of inspection of 2417 patients at the age from 12 till 65 years relative frequencies of presence of typical diagnoses are defined. Average times of transitions of firm fabrics, pulps of tooth and a periodontium from one nosological form in another are estimated. With use of the received results taking into account numerical distribution of the population of St.-Petersburg on age intervals estimations of prevalence of caries of teeth and its complications in a city are received.

Key words: caries, tooth loss, a prevalence estimation, the forecast, Markov model

В настоящее время в связи с отсутствием тенденции снижения потери зубов населения вопросы профилактики и лечения кариеса и его осложнений по-прежнему актуальны. Успешное решение этих вопросов предусматривает системный анализ распространенности заболеваний и оценку эффективности планируемых лечебно-профилактических мероприятий.

Распространенность кариеса зубов и его осложнений может определяться как для всей страны, так и для отдельных ее субъектов, учреждений и организаций. Для оценки распространенности периодически в основных возрастных группах 6, 12, 15, 35–44, 65 лет и старше проводятся профилактические осмотры, собираются и анализируются результаты текущей стоматологической деятельности с применением методов статистической обработки данных. При этом используют общепринятый на сегодняшний день показатель КПУ (кариес, пломба, удален), на основе которого рассчитывают распространенность, интенсивность, прирост кариеса и др. Применение этих показателей позволило унифицировать и сравнивать полученные результаты [1, 2, 4, 5, 6].

Однако следует заметить, что для отражения в полной мере состояния твердых тканей, пульпы и периодонта у населения такой оценки недоста-

точно. При существующем подходе затруднено определение параметров перехода заболеваний из одной нозологической формы в другую для различных регионов с характерными факторами риска. Не принимается во внимание условный вес конкретных нозологических форм в зависимости от возраста. Не учитываются возможности самой системы профилактики и лечения этих заболеваний.

Цель – предложить усовершенствованный подход к оценке распространенности кариеса зубов и его осложнений у населения, учитывающий общесистемные закономерности развития, профилактики и лечения этих заболеваний, лишенный в определенной мере отмеченных выше недостатков.

Материалы и методы. В основу предлагаемого подхода положен метод [3], согласно которому на основе первичных осмотров, электроодонтометрии и рентгенологического исследования (прицельных рентгенограмм, ортопантомограмм) пациенты распределяются на группы по возрастным интервалам и диагнозам. Далее осуществляется нормировка количества человек, распределенных по диагнозам. Затем реализуется нормировка данных по диагнозам, распределенных по времени. Рассчитываются математические ожидания (МО) возраста пациентов с выделенными диагнозами. По разнице математических ожиданий воз-

растов смежных диагнозов определяется среднее время их смены и соответствующая интенсивность переходов.

Процесс развития, профилактики и лечения кариеса зубов и его осложнений рассматривается как марковский. Он представляется в виде графа с восемью состояниями: интактный зуб; кариес в стадии дефекта; пломбированный кариес; пульпит; периодонтит; пломбированный пульпит; периодонтит; потеря зуба. В отличие от известных моделей [4, 6] предлагаемая марковская модель шире отражает специфику развития, профилактики и лечения кариеса зубов и его осложнений.

В соответствии с этой марковской моделью прогнозируется состояние твердых тканей, пульпы и периодонта у интересующей группы.

Такой подход позволяет существенно сэкономить временные и материальные ресурсы на проведение клинических исследований.

Предлагаемый подход применялся для анализа распространенности кариеса зубов и его осложнений. В интересах этого в течение 1 года на базе кафедры терапевтической стоматологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова было проведено обследование 2417 мужчин и женщин в возрасте от 12 до 65 лет. У каждого больного оценивалось состояние твердых тканей, пульпы и периодонта в области 28 зубов (зубы мудрости не учитывались). Всего обследовано состояние твердых тканей, пульпы и периодонта в области 67676 зубов.

Диагноз ставился на основании данных анамнеза, а также результатов осмотра, зондирования, пальпации, перкуссии, термометрии, электроодонтометрии (ЭОМ) и рентгенологического обследования (прицельной рентгенограммы, ортопантограммы).

При наличии интактного зуба отсутствовали жалобы, объективно регистрировалась целостность твердых тканей зуба, на рентгенограммах отсутствовали изменения твердых тканей и периодонта. В эту же группу условно были отнесены зубы с диагнозами по Международной классификации болезней (МКБ-10-С) Кариес эмали (K02.0) и Приостановившийся кариес (K02.3).

При кариесе в стадии дефекта: как правило больные предъявляли жалобы на быстропроходящие боли от химических, чаще температурных раздражителей; объективно регистрировался болезненный при зондировании дефект твердых тканей; при термометрии наблюдалась положительная, быстропроходящая реакция; показатели электроодонтометрии варьировали в пределах от 6 до 12 мкА. На рентгенограммах регистрировалось просветление (дефект) твердых тканей в пределах эмали и дентина, с расстоянием до пульпы зуба не менее 1 мм. Периапикальные изменения отсутствовали. Таким образом, по МКБ в эту группу

были включены зубы с диагнозами Кариес дентина (K02.1), Кариес цемента (K02.2) и Начальный пульпит [гиперемия] (K 04.00) при отсутствии на зубе пломб.

При кариесе пломбированном, в том числе рецидивном, имело место наличие вышеописанной картины и хотя бы одной запломбированной полости в зубе.

При пульпите выделяли два состояния: пульпит, развившийся при непломбированном кариесе, и пульпит после пломбирования кариеса. По МКБ в эту группу включались зубы с диагнозом Пульпит (K04.01-K04.05).

При пульпите пломбированном присутствовали характерные данные анамнеза, что зуб лечен по поводу пульпита. На рентгенограммах регистрировали запломбированную полость зуба, пломбированные корневые каналы, не допускалось наличие периапикальных изменений.

При периодонтите также выделяли два состояния: периодонтит, развившийся без лечения пульпита, и периодонтит как осложнение после эндодонтического лечения. По МКБ в эту группу относили зубы с диагнозом периодонтит (K04.4-K04.9).

При периодонтите пломбированном учитывали, что зуб лечен по поводу хронического периодонтита или его обострения. Жалобы, как правило, отсутствовали, на рентгенограммах регистрировали запломбированную полость зуба, пломбированные корневые каналы, периапикальные изменения соответствовали форме хронического периодонтита.

Эти результаты в дальнейшем использовались для анализа распространенности кариеса и его осложнений в возрастной группе от 12 до 65 лет с учетом численного распределения населения по возрастным интервалам в г. Санкт-Петербурге на 1 января 2010 г. [7].

Результаты исследования и их обсуждение.

Установлено, что из всего количества обследованных зубов лишь 28 % являются интактными, в расчете на одного пациента это в среднем 7–8 зубов из 28 (рис. 1). Большая часть зубов, 33 % (в среднем 9–10 зубов у пациента) требуют лечения. Заметим, что 19 % из них приходится на неосложненный кариес. Такой результат можно объяснить, во-первых, отсутствием должной мотивации лиц к профилактике и лечению неосложненного кариеса зубов. Личный опыт и наблюдения коллег показывают, что большая часть населения обращается за стоматологической помощью по острой боли. Во-вторых, это обусловлено несовершенством регулярных городских программ профилактики кариеса зубов и его осложнений в детском и юношеском возрасте, а также отсутствием подобных программ у взрослых.

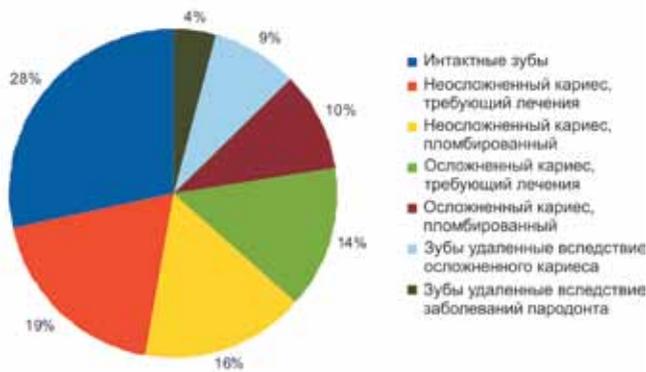


Рис.1. Распространенность кариеса зубов и его осложнений у населения Санкт-Петербурга

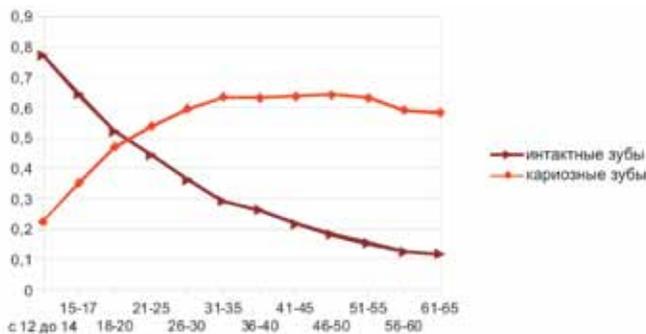


Рис. 2. Распределение относительных частот наличия интактных зубов и зубов с осложненным и неосложненным кариесом

Заметим, что до 65 лет удаление зубов в результате осложненного кариеса происходит в 2,3 раза чаще, чем по пародонтологическим показаниям.

Соотношение относительных частот наличия интактных зубов и кариеса приведено на рис. 2. Анализ рис. 2 показывает, что уже в возрасте 21,5 года число интактных зубов равно общему количеству зубов с неосложненным и осложненным кариесом. Тенденция активного роста общего количества кариозных зубов наблюдается до 33,5 лет. На интервале от 33,5 до 53,5 лет видная относительная стабилизация роста. Такие результаты можно объяснить. До 33 лет наблюдается активный прирост кариеса. Начиная с 33,5 лет в основном зубы лечатся повторно, также наблюдается рост потерь кариозных и удаленных по пародонтологическим показаниям зубов (рис. 3). Интактными к 65 годам в среднем остаются лишь 10 % зубов (2–3 зуба у пациента).

Таблица 1. Среднее время перехода твердых тканей, пульпы зуба и периодонта из одной нозологической формы в другую

Показатель времени перехода	Переходы из одного состояния в другое						
	ИЗ ↓ Сдеф	Сдеф ↓ Рнпл	Спл ↓ Рппл	Рбэл ↓ Ртбэл	Рпл ↓ Ртпэл	Ртбэл ↓ ПЗбэл	Ртпл ↓ ПЗпэл
Среднее время (в годах)	5,8	6,9	12,3	0,8	3,1	1,6	4,5

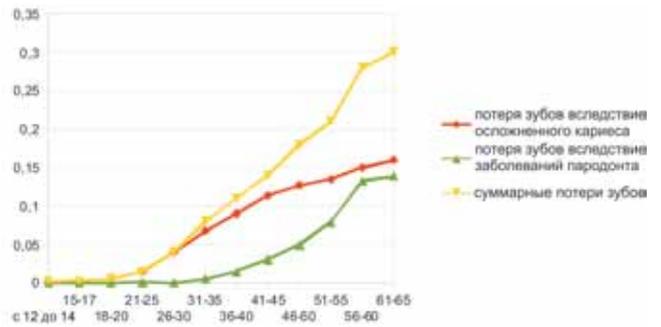


Рис. 3. Распределение относительных частот потери зубов

Тенденции потери зубов вследствие осложненного кариеса по пародонтологическим показаниям отличаются (рис. 2) Основным отличием является смещение по времени начала и значению частоты потери зубов до 58,5 лет. Количество зубов, удаленных вследствие заболеваний пародонта до 30 лет практически равно нулю, а вследствие осложненного кариеса достигает 5 % (1–2 зуба в среднем). Начиная с 59 лет количество зубов, удаленных по пародонтологическим показаниям или вследствие осложненного кариеса, практически одинаково. Это можно объяснить резким ростом удаленных зубов вследствие заболеваний пародонта, а также нередким сочетанием в этом возрасте эндо-пародонтальных поражений. Резкий рост суммарного количества удаленных зубов начиная с 53 лет объясняется отсутствием мотивации к сохранению уже леченных зубов, снижением материальных возможностей в этом возрасте, ортопедическими показаниями. Общее количество удаленных зубов в возрасте 65 лет составляет 30 % от общего количества, т. е. в среднем в этом возрасте отсутствуют 8–9 зубов у пациента.

На основе полученных относительных частот наличия выделенных нозологических форм были рассчитаны средние времена переходов из одного состояния в другое (табл.1).

В табл. 1 приняты следующие обозначения: ИЗ – интактный зуб; Сдеф – кариес в стадии дефекта; Рнпл – пульпит при непломбированном кариесе; Спл – кариес пломбированный; Рппл – пульпит после пломбирования кариеса; Рбэл – пульпит без

эндодонтического лечения; Ртбэл – периодонтит без эндодонтического лечения; Рпл – пульпит, леченный эндодонтически; Ртпэл – периодонтит, как осложнение после эндодонтического лечения; ПЗбэл – потеря зуба, в случае отсутствия эндодонтического лечения; ПЗпэл – потеря зуба после эндодонтического лечения.

Из табл. 1 видно, что в среднем кариес зубов у лиц в г. Санкт-Петербурге развивается за 5,8 лет. Если вести отсчет с 12 лет, то к 17,8 годам пациент имеет хотя бы один кариозный зуб. При наличии пломбированного кариеса, с учетом повторных пломбирований пульпит развивается в среднем за 12,3 года, что на 5,4 года дольше, по сравнению с ситуацией без лечения кариеса.

В случаях отсутствия эндодонтического лечения пульпита время перехода пульпита в периодонтит составляет чуть меньше года. Несмотря на наличие эндодонтического лечения, время перехода в периодонтит увеличивается лишь на 2,3 года. Такие результаты можно объяснить, во-первых, реактивными, трудно диагностируемыми начальными изменениями в периодонте; во-вторых, низким уровнем иммунологической реактивности организма пациентов, в-третьих, невысоким процентом качественного эндодонтического лечения. В

целом в случае регулярной санации время перехода до потери зуба составляет 20 лет. Если санационные мероприятия отсутствуют, то это время сокращается на 8–9 лет.

Заключение

Предложен новый малозатратный метод оценки распространенности кариеса зубов и его осложнений у больших групп населения, ориентированный на получение долгосрочных прогнозов. В основу этого метода положена уточненная марковская модель развития, профилактики и лечения кариеса зубов и его осложнений.

Распространенность кариеса зубов и его осложнений в г. Санкт-Петербурге достаточно высока. Интактными к 65 годам в среднем остаются лишь 10 % зубов (2–3 зуба у пациента).

В случае регулярной санации время перехода до потери зуба, вследствие кариеса составляет 20 лет, если санационные мероприятия проводятся не регулярно или отсутствуют, то это время сокращается на 8–9 лет.

В интересах снижения уровня распространенности кариеса и его осложнений необходимо особое внимание уделять их непрерывной профилактике и качественному лечению на всех этапах.

Литература

1. Кузьмина, Э.М. Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний среди населения России / Э.М. Кузьмина, Т.А. Смирнова // Российский стоматологический журнал. – 2001. – № 2. – С. 34–35.
2. Леус, П.А. Стоматологическое здоровье населения Республики Беларусь в свете глобальных целей ВОЗ и в сравнении с другими странами / П.А. Леус // Современная стоматология. – 1997. – № 2. – С. 3–12.
3. Орехова, А.Ю. Прогнозирование эффективности сложных лечебно-профилактических программ при воспалительных заболеваниях пародонта / А.Ю. Орехова, М.В. Осипова // Пародонтология. – 2009. – № 3 (51). – С. 51–55.
4. Копыска-Kędzierawski, D.T. Application of nonhomogenous Markov models for analyzing longitudinal caries risk / D.T. Kopycka-Kędzierawski, Billings R.J. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2006. – Vol. 34. – P. 123–129.
5. Reich, E. Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe / E. Reich // International Dental Journal. – 2001. – Vol. 51. – P. 392–398.
6. Modeling the Long-Term Cost-Effectiveness of the Caries Management System in an Australian Population / E. Warren [et al.] // Value in Health. – 2010. – Vol. 13. – P. 750–760.
7. Численность постоянного населения г. Санкт-Петербурга на 1 января 2010 года. Федеральная служба государственной статистики. www.gks.ru.

Поступила в редакцию 12.04.2012

Ю.Р. Еленская

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛОТНА ТРИКОТАЖНОГО МЕДИЦИНСКОГО СЕТЧАТОГО ДЛЯ МАЗЕВЫХ ПОВЯЗОК

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. ВИТЕБСК

Резюме. В статье освещены вопросы лечения герпетического стоматита, описан способ местной терапии герпетического стоматита (с использованием полотна трикотажного медицинского сетчатого, пропитанного ацикловиром), разработанный на кафедре терапевтической стоматологии и кафедре инфекционных болезней ВГМУ. Доказана его эффективность при различных степенях тяжести заболевания. Оценена эффективность применения метода у 48 больных герпетическим стоматитом с легкой, среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести.

Ключевые слова: вирус герпеса, герпетический стоматит, лечение

Y.R. Elenskaj

TREATMENT METHOD OF HERPETIC STOMATITIS IN CHILDREN WITH KNITTED FABRICS FOR MEDICAL GAUZE BANDAGES OINTMENT

VITEBSK STATE MEDICAL UNIVERSITY, VITEBSK

Summary. The article is about the issues of treatment of herpetic stomatitis; the method of local therapy of herpetic stomatitis with using of knitted medical reticulated material impregnated with acyclovir has been described. The method developed on the basis of department of therapy stomatology and department of infection diseases. It's efficacy was proved in various degrees of process severity. The method was performed in 48 patients with mild, moderate and severe degrees of disease, the results was analyzed.

Key words: herpes simplex, herpetic stomatitis, treatment

Согласно данным многочисленных исследований одним из наиболее частых проявлений инфекции, вызванной вирусом простого герпеса, у детей и новорожденных является острый герпетический стоматит. По подсчетам ученых острым герпетическим стоматитом (ОГС) болеют более 80 % детей. Кроме того, отмечены эпизоды острого герпетического стоматита у новорожденных (от 2 до 43 суток после рождения), причем внутриутробное инфицирование отмечено в 1/3 случаев. Недоношенные дети болеют острым герпетическим стоматитом чаще детей, рожденных в срок [1, 2, 3]. Согласно результатам исследований, проведенных А.Г. Коломийцем (1997;1998), антитела IgG к вирусу простого герпеса обнаруживаются у новорожденных и детей до 7 мес. (81,4–93,3 %), а в возрасте 7–12 мес. их уровень уменьшается и составляет примерно 30 %. Это отражает истинный процент инфицированных детей [4, 5]. По мнению В.П. Михайловской (1998), С.Ю. Страховой (2000) за последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости детей ОГС. Распространенность этого заболевания у детей 3 лет составляет 80 % [6, 7].

По данным Баринского И.Ф. (1994), Farting P.M. (1995), [8, 9], изолированное поражение слизистой оболочки полости рта герпесвирусной инфекцией отмечается в 31,7 % случаев, в 20 % – выявляется сочетанное поражение.

Количество больных герпетическим стоматитом, герпангиной и лабиальным герпесом составляет 35,7 % среди различных заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Цель работы: изучить стоматологический статус и оценить эффективность лечения детей, болеющих герпетическим стоматитом, с использованием полотна трикотажного медицинского сетчатого.

Материалы и методы. Обследование больных проводилось на базе кафедр терапевтической стоматологии и инфекционных болезней Витебского государственного медицинского университета по единой схеме. Обследование ротовой полости осуществляли последовательным осмотром слизистой оболочки, твердых тканей и периодонта, определением прикуса, слюны и оценочных индексов. Гигиеническое состояние полости рта регистрировали с использованием протокола гигиены полости рта (по О`Лири), который заполняется при стоматологическом обследовании пациента. Для оценки состояния десны определяли десневой индекс (Gingival Index – GI). Интенсивность поражения зубов кариесом у каждого пациента определяли по индексу КПУ, КПУ+кпу, кпу зубов. Для определения величины эрозивного поражения использовали индекс «Определение величины эрозивно-язвенного повреждения» (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2005) и «Индекс регенерации

СОРП (ИРСОР)» (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2005). Для лечения герпетического стоматита использовали полотно трикотажное медицинское сетчатое в сочетании с лекарственными средствами.

Полотно трикотажное медицинское сетчатое обеспечивает регулирование количества мази в более широком интервале. Оригинальная структура его создает минимальный контакт с раневой поверхностью и, как следствие, обеспечивается минимальная степень адгезии к слизистой оболочке и безболезненность при перевязках. Полотно хорошо моделируется на ране, обеспечивает наименьшее давление на нее, не сдерживает рост грануляционной ткани в сочетании с мазями (как на гидрофильной, так и на жировой основе), обеспечивает требуемый парообмен в ране, хорошую регенерирующую способность, выдерживает условия паровой, радиационной или газовой стерилизации.

Нами было обследовано 104 ребенка с острым и хроническим герпетическим стоматитом в возрасте от 3 до 17 лет. Основную группу составило 48 детей больных герпетическим стоматитом. Из них – 22 девочки и 26 мальчиков (45,8 % и 54,1 % соответственно), у которых применялся предложенный нами метод лечения герпетического стоматита с использованием полотна трикотажного медицинского сетчатого для мазевых повязок. В контрольную группу вошло 56 пациентов с «традиционной терапией» – 32 девочки и 24 мальчика (57,1 % и 42,8 %). Средний возраст пациентов основной группы – $7,02 \pm 3,46$ лет, контрольной $7,87 \pm 3,63$ лет.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении анамнеза жизни и истории болезни пациентов было установлено, что частые простудные заболевания выявлены у 38 детей (36,53 %); у 25 детей (24,03 %) сопутствующей патологии не выявлено; аллергия различного генеза обнаружена у 11 (10,57 %); хронический гастрит у 8 (7,69 %); сочетанная патология у 6 человек (5,76 %); хронический бронхит у 5 (4,8 %); нарушения в иммунной системе у 4 (3,84 %); дискинезия желчевыводящих

путей у 2 (1,92%); фурункул у 2 (1,92 %); лимфома Ходжкина у 1 (0,96 %); ортодонтическая конструкция у 1 (0,96 %); инфекционный мононуклеоз у 1 человека (0,96 %).

Установлено, что при назначении пациентам с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом таблетированной формы ацикловира, количество рецидивов в год достоверно снижалось ($p < 0,007$).

Наличие аналогичной патологии у членов семьи не влияло на количество рецидивов ($p > 0,05$).

В зависимости от степени тяжести заболевания все пациенты были разделены на три группы: легкая степень, среднетяжелая степень, тяжелая степень герпетического стоматита.

Среди пациентов с герпетическим стоматитом в обеих группах отмечали локализацию поражения (табл. 1).

Таблица 1. Локализация элементов поражения на слизистой оболочке ротовой полости

Локализация на слизистой оболочке	Основная группа*	Контрольная группа
	n/%	n/%
Язык	0	3/5,3
Губы	3/6,2	1/1,7
Щека	5/10,4	11/19,6
Переходная складка	10/20,8	14/25
Небо	3/6,2	8/14,2
Сочетанная локализация	27/56,2	19/33,9

Примечания –

1.* – различие достоверно, $p < 0,26$;

2. Для сравнения по качественному анализу использовали χ^2

Таблица 2. Индексная оценка стоматологического статуса у пациентов с герпетическим стоматитом в зависимости от степени тяжести заболевания

Название индекса	O'Leary	GI	КПУЗ	КПУЗ+кпуз	кпуз
1. Легкая степень	61,7 (54,7; 67,8)	1,2 (1,1;1,3)	3 (2,5;4)	4 (2;5,5)	0 (0;0)
P1-2	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
2. Среднетяжелая степень	60,28 (5,31;67,3)	1,2 (1,1;1,3)	5 (2;8)	3 (2;5)	1 (0;2)
P1-3	< 0,002	< 0,015	> 0,05	> 0,05	> 0,05
3. Тяжелая степень	72,5 (67,5;100)	1,6 (1,3;2)	3 (3;3)	8 (3;14)	2 (0;4)
P2-3	< 0,0005	< 0,08	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Примечание – Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей

При среднетяжелой и тяжелой степени тяжести герпетического стоматита отмечается достоверно более низкий уровень гигиены полости рта и более высокие показатели, характеризующие степень воспаления десны, чем при легкой степени тяжести ОГС. При оценке уровня интенсивности кариеса (индекс КПУЗ, КПУЗ+кпуз, кпуз) достоверных отличий выявлено не было (табл. 2).

При сравнении индекса GI и O'Leary выявлена корреляция средней степени ($r=0,4$; $p < 0,004$) при средней степени тяжести заболевания и сильная степень корреляции при тяжелой степени ($r = 0,8$; $p < 0,016$).

После постановки диагноза приступали к определению величины эрозивного поражения с использованием индекса «Определение величины эрозивно-язвенного повреждения» (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2005) в первый, третий и пятый день обращения (табл. 3).

Таблица 3. Площадь эрозивно-язвенного поражения в %

Показатель	Пациенты основной группы (n = 48)	Пациенты контрольной группы (n = 54)
S% в 1-й день	34,4 (12,8;47,2)	19,5 (9,5;43)
S% в 3-й день	18,4 (6,6;30,80)*	14,8 (8,4;30,8)
S% в 5-й день	8,4 (3,3;15,7)*	10,3 (5,7;20,6)**

Примечания –

1.* – различие достоверно, $p < ,05$ (между основной и контрольной группой);

2.** – различия достоверно, $p < 0,001$ (различия показателей до и после лечения);

3. Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей

В результате исследования достоверных различий в величине площади поражения между контрольной и основной группой выявлено не было ($p > 0,05$) в день обращения. Установлено, что в основной группе на 3-й день площадь поражения уменьшилась в 1,8 раза ($p < 0,001$), на 5-й день в 4 раза ($p < 0,001$). В контрольной группе с «традиционным методом лечения» этот же индекс достоверно снизился на 5-й день лечения в 1,8 раза ($p < 0,001$).

Учитывая данные о величине площади поражения эрозивно-язвенных повреждений, а также о продолжительности лечения определяли «Индекс регенерации СОРП (ИРСОР) (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2005)» (табл. 4).

Таблица 4. Индекс регенерации СОРП (ИРСОР)

Показатель	Пациенты основной группы (n = 48)	Пациенты контрольной группы (n = 54)
ИРСОР 3-й день	14,1 (11,6;14,5)*	6,7 (4,2;8,8)
ИРСОР 5-й день	14,4 (12,3;16,5)*	8,9 (6,7;11)

Примечания –

1.* – различие достоверно, $p < 0,0001$ (между основной и контрольной группой);

2. Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей

В группе с предложенным нами методом лечения была отмечена II стадия регенерации слизистой оболочки полости рта, в то время как в контрольной группе I стадия регенерации слизистой оболочки полости рта ($p < 0,0001$). Площадь эрозии уменьшилась в 2,1 раза на третий день лечения, и в 1,6 раз на 5 день в основной группе.

При сравнении степени эпителизации эрозий ротовой полости в день обращения в основной и в контрольной группе достоверно не отличались ($p < 0,08$). На 3-й день лечения эпителизация эрозий достоверно лучше была отмечена в основной группе в сравнении с контрольной ($p < 0,02$). В основной группе у 3 человек отмечалась I степень эпителизации (11,1 %), у 22 – II степень эпителизации (81,4 %), у 2 – III степень эпителизации (7,4 %). В контрольной группе у 11 человек отмечается I степень эпителизации (42,3 %), у 15 – II степень эпителизации (57,6%). На 5-й день лечения эпителизация была значительно лучше в основной группе в сравнении с контрольной ($p < 0,001$). У 6 человек – II степень (22,2 %), у 21 – III степень эпителизации (77,8 %) в основной группе; в контрольной у 20 – II степень (76,9 %), у 6 – III степень эпителизации эрозий (23,1 %).

Выводы

При назначении пациентам с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом таблетированной формы ацикловира количество рецидивов в год достоверно снижалось ($p < 0,007$).

При сравнении индекса GI и O'Leary выявлена корреляция средней степени ($r = 0,4$; $p < 0,004$) при средней степени тяжести заболевания и сильная степень корреляции при тяжелой степени ($r = 0,8$; $p < 0,016$).

Выявлено, что чаще (в 56,2 % в основной группе и 33,9 % в контрольной группе) отмечается сочетанное поражение слизистой оболочки ротовой полости.

У пациентов контрольной группы с герпетиче-

ским стоматитом отмечается достоверно более неудовлетворительный уровень гигиены полости рта и высокие показатели, характеризующие степень воспаления десны на пятый день лечения в сравнении с основной группой ($p < 0,05$).

Установлено, что в основной группе на 3-й день площадь поражения уменьшилась в 1,8 раз ($p < 0,001$), на 5-й день в 4 раза ($p < 0,001$). В контрольной группе с «традиционным методом лечения» этот же индекс достоверно снизился на 5 день лечения в 1,8 раза ($p < 0,001$).

На 3-й день лечения эпителизация эрозий достоверно лучше была отмечена в основной группе в сравнении с контрольной ($p < 0,02$). На 5-й день

лечения эпителизация была значительно лучше в основной группе в сравнении с контрольной ($p < 0,001$).

Заключение. Можно отметить, что местное лечение герпетического стоматита с использованием трикотажного сетчатого медицинского полотна для мажевых повязок позволяет уменьшить болевые ощущения, улучшить эпителизацию эрозивных поражений ротовой полости и сократить сроки лечения. За счет снижения болевого синдрома, вследствие уменьшения эрозивной поверхности происходит нормализация гигиены полости рта и уменьшение степени воспаления десны.

Литература

1. Герпетический стоматит: Этиология, клиника и лечение / А.В. Терещенко [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. Приложение «ГЕРПЕС». – 2007. – № 2. – С. 10–15.
2. Дроботько, Л.Н. Острый герпетический стоматит у детей / Л.Н. Дроботько, С.Ю. Страхова // Рус.мед. журнал. – 2005. – № 13 (№ 2). – С. 130–132.
3. Луцкая, Н.К. Локальные проявления на СОПР / Н.К. Луцкая // Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.К. Луцкая. – М.: Медицинская литература, 2006. – С. 143–151.
4. Изучение эпидемиологии герпетических вирусных инфекций в Республике Беларусь / А.Г. Коломиец [и др.] // Журн. микробиол. – 1997. – № 3. – С. 24–29.
5. Особенности эпидемиологии герпесвирусной инфекции в Беларуси / А.Г. Коломиец [и др.] // Здоровоохранение. – 1998. – № 7. – С. 23–26.
6. Михайловская, В.П. Герпесвирусы в патологии челюстно-лицевой области у детей: учебно-методическое пособие / В.П. Михайловская, Т.В. Попруженко, Т.Г. Белая. – 2-е изд. доп. – Минск: БГМУ, 2009. – 75 с.
7. Страхова, С.Ю. Новые лекарственные препараты в комплексном лечении острого герпетического стоматита у детей: дис. ... канд. мед.наук: 14.00.21 / С.Ю. Страхова. – Москва, 2000. – 135 с.
8. Баринский, И.Ф. Герпес: этиология, диагностика, лечение / И.Ф. Баринский. – Москва: Медицина, 1994. – 342 с.
9. Characteristics of the oral lesions in patients with cutaneous recurrent erythema multiform / P.M. Farting.

Поступила в редакцию 06.07.2012

5 АПРЕЛЯ 2013 ГОДА
МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ДЕНЬ ВЫСОКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ – 2013»
КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ: +375 17 200-19-88
+375 17 200-53-30
WWW.BROOSS.BY
E-MAIL: BROOSS@INBOX.RU

В.И. Даревский, А.С. Соломевич

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «АМОКСИКЛАВ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В течение 6 месяцев было проведено клиническое исследование эффективности применения препарата «Амоксиклав» в комплексном лечении острого периапикального абсцесса без свища у 9 пациентов и хронического апикального периодонтита у лиц с эндопротезом у 3 пациентов. Выявлена выраженная положительная динамика течения заболевания, подтверждающая высокую терапевтическую эффективность препарата «Амоксиклав».

Ключевые слова: «Амоксиклав», апикальный периодонтит, профилактическое лечение, комплексная терапия

V.I. Darevskii, A.S. Solomevich

THE USE OF THE MEDICINE "AMOXICLAV" IN COMBINED TREATMENT OF APICAL PERIODONTITIS.

Summary. Purpose of work - evaluate the effectiveness of the drug «Amoxiclav» in the complex treatment of chronic apical periodontitis. A clinical study in the complex treatment of acute periapical abscess without fistula in 9 patients and chronic apical periodontitis in patients with stent - 3 cases. The study was conducted within 6 months. Revealed marked improvement of the disease, confirming the high therapeutic efficacy of the drug «Amoxiclav».

Key words: «Amoxiclav», apical periodontitis, preventive treatment, complex therapy

Среди многих проблем современной стоматологии эндодонтия занимает не последнее место. Особое внимание необходимо уделять вопросам лечения апикального периодонтита, в связи с большим влиянием данного процесса на общее состояние организма. При планировании лечения таких состояний необходимо учитывать статус здоровья пациента и состояние зуба. Особого внимания заслуживают современные подходы по профилактике инфекционного эндокардита, возникающего в результате стоматологического лечения. Экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют, что только вмешательство в периапикальные ткани инструментом, прошедшим через апикальное отверстие, или хирургическое вскрытие в области верхушки корня могут привести к бактеремии [1–3].

В связи с этим рекомендуется проведение профилактического курса антибиотикотерапии при проведении эндодонтического лечения у пациентов с острым инфекционным воспалением в периапикальной области и пациентов с повышенной восприимчивостью к внутрисердечной инфекции. Профилактический курс приема антибиотиков начинают за час до лечения и продолжают не менее 5 суток. Но так как сложно определить степень риска, связанную с подверженностью пациента к сердечным заболеваниям, для стоматолога группу риска составляют пациенты с ревматизмом или врожденными пороками сердца, с шумами в области сердца и лица, оперированные по поводу замещения сердечного клапана, перенесшие атаки инфекционного эндокардита. В последние годы в эту группу включены все пациенты с искусственным эндопротезом [1, 2, 4].

Цель исследования – оценить эффективность

Амоксиклава при проведении профилактического лечения.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проводились на 3-й кафедре терапевтической стоматологии УО БГМУ.

Нами проведено лечение 12 пациентов с диагнозами: периапикальный абсцесс без свища (9 пациентов – 1-я группа); хронический апикальный периодонтит (3 пациента с искусственными эндопротезами – 2-я группа).

Эндодонтическое лечение проводили согласно клиническим протоколам.

У всех 9 пациентов с периапикальным абсцессом производилась периостеотомия. Всем пациентам за 1 час до лечения назначали 250 ЕД Амоксиклава с последующим приемом в течение 4–5 дней по схеме. Наблюдение пациентов проводили в течение 1 месяца после завершения лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного комплексного лечения у всех пациентов отмечена выраженная положительная динамика течения болезни. У пациентов 1-й группы явления воспаления исчезли к 4–5 дню. У пациентов 2-й группы не отмечено ухудшение общего состояния.

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что применение Амоксиклава с целью профилактической терапии при лечении апикального периодонтита является полностью оправданным и высоко эффективным.

Применение Амоксиклава при строгом соблюдении показаний не приводит к общим осложнениям.

Список литературы (4 источника) находится в редакции журнала.

Поступила в редакцию 08.10.2012

● для пациентов,
предпочитающих
жидкие лекарственные
формы

● для пациентов с
проблемами
глотания

Амоксиклав®
КВИКТАБ
Амоксициллин + клавулановая кислота

СИЛЬНЫЙ ХОД!..



...В НОВОЙ ФОРМЕ

Амоксиклав®

- широкий спектр действия;
- проверенная временем клиническая эффективность;
- безопасность пенициллинового антибиотика;
- отличные фармакокинетические характеристики;
- удобный двукратный прием.



Квиктаб

- новая форма - таблетка, растворимая во рту или в воде;
- с приятным вкусом и запахом тропических фруктов.



Лекарственное средство.
Перед употреблением рекомендуется консультация врача.
Рег. уд. МЗРБ №9390/10/10 до 05. 08. 2015

 **NOVARTIS**

Ю.Л. Денисова

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Разработана новая схема лечения периодонтологических пациентов с зубочелюстными деформациями, которая состоит из комплекса периодонтологических, ортодонтических, физиотерапевтических мероприятий с включением специального витаминно-минерального комплекса. Это дало возможность оказывать реструктурное действие на костную ткань периодонта, которое отразилось в противовоспалительном эффекте (по показателям периодонтальных индексов), улучшении микроциркуляции (по показателям капиллярного давления, лазерно-оптической диагностики); привело к положительным изменениям рентгенологических данных (по альвеолярному индексу), сокращению сроков лечения в 3 раза и хорошим результатам клинического наблюдения в отличие от групп сравнения.

Ключевые слова: альвеолярная костная ткань, рентгенодиагностика, болезни периодонта, зубочелюстные деформации

Y.L. Denisova

IMPACT COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASE, COMBINED WITH STATE DENTOALVEOLAR DEFORMATION ON PERIODONTAL TISSUE

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. A new treatment regimen for patients with Periodontology of dentofacial deformities, which consists of a set of Periodontology, orthodontic, physical therapy interventions with the inclusion of a special vitamin-mineral complex. It gives possibility to provide restitutive effect on periodontal bone, which is reflected in the anti-inflammatory effect (in terms of periodontal indices), improvement of microcirculation (in terms of the capillary pressure, laser and optical diagnostics) led to positive changes in X-ray data (alveolar index), the reduction duration of treatment is 3 times and the good results of clinical observation, in contrast to the comparison group.

Key words: alveolar bone, radiodiagnostic, periodontal disease, malocclusion

Введение. При болезнях периодонта под воздействием ряда неблагоприятных факторов нарушается физиологическое равновесие в биологической системе периодонта, в том числе альвеолярной кости, возникает разбалансировка процессов остеосинтеза и остеорезорбции, что ведет к ее деструкции. При этом потеря альвеолярной кости может быть результатом увеличения резорбции при незначительном остеосинтезе, а также результатом уменьшения остеосинтеза при усилении резорбции в сочетании с уменьшением костеобразования. При быстром развитии воспалительно-деструктивных процессов у пациентов с болезнями периодонта превалируют процессы резорбции над остеосинтезом, что ведет к увеличению убыли костной ткани [7, 10].

Воспалительно-деструктивные процессы в периодонте, разрушая опорно-удерживающие структуры зуба, ведут к вторичным зубочелюстным деформациям. Вместе с этим сочетание воспаления, больших ортодонтических сил и окклюзионной травмы приводит к неблагоприятному прогнозу течения болезней периодонта. Болезни периодон-

та сопровождаются зубочелюстными деформациями с миграцией зубов в виде: зубоальвеолярного удлинения (протрузии или веерообразного расхождения передних зубов), трем и диастем, вращения премоляров и моляров, скученности, и, как следствие, отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, нарушение окклюзии, изменение в височно-нижнечелюстных суставах и жевательной мускулатуре, ухудшение эстетики лица и нарушение речи. Кроме того, дисбаланс между влиянием языка, губ и ослабленными тканями периодонта, вредные артикуляционные привычки, а также явления бруксизма, перегрузка тканей периодонта функционирующих передних зубов вследствие потери боковых, давление патологической грануляционной ткани (в костных периодонтальных карманах) и контралатеральных периодонтальных волокон ускоряет процессы деструкции в тканях периодонта [9].

Сложность патогенеза болезней периодонта в сочетании с зубочелюстными деформациями требует применения целенаправленных и точных методов диагностики для проведения эффективных лечебно-профилактических мероприятий. В по-

следние годы применение новых методов диагностики болезней периодонта позволило расширить характеристику стоматологических заболеваний, уточнить их прогноз, повысить эффективности лечения в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения [1, 4].

Важное место в диагностике болезней периодонта занимает рентгенография. Рентгенологическое исследование применяют для выявления деструктивных изменений в костной ткани зубной альвеолы и оценки аномалий и деформаций зубочелюстной системы, а также оно входит в стандарт диагностического обследования первичных пациентов при составлении плана лечения и динамического наблюдения стоматологических пациентов. К наиболее простым и доступным методам выявления состояния альвеолярного отростка относят ортопантомографию, а для увеличения объективности интерпретации применяют внутриротовые контактные рентгенограммы зубов [6].

Внутриротовая контактная рентгенография дает возможность двумерного изображения, что позволяет при диагностике костной деструкции учитывать определенные особенности отображения костного дефекта на рентгенограмме. По данным Н.С. Серовой (2010), показатели информативности ортопантомографии составляют: чувствительность – 78,6 %; специфичность – 76,3 %; точность – 77,4 %. Однако И.Г. Кузьминых (2011) считает, что проведение рентгенологического исследования и анализ качественных характеристик ортопантомограмм в шесть шагов позволяют в 97,4 % получить качественные рентгенограммы. Измерение условной плотности костной ткани с использованием компьютерной обработки рентгенограммы позволяет более точно определять размеры поражения альвеолярного отростка, но нет возможности точно определить объем потерянной ткани [4, 8].

В связи с этим широкое внедрение в медицину конусно-лучевой компьютерной томографии значительно расширило возможности рентгенологического исследования. Конусно-лучевая компьютерная томография позволяет получать трехмерное отображение исследуемой области и более точно судить о плотности костной ткани с соблюдением норм радиационной безопасности. По данным А.Ю. Зудилина с соавт. (2012), показатель точности при проведении компьютерной томографии составляет 98,5 %. Необходимо отметить, что возможность просмотра данных 3D компьютерной томографии на персональном компьютере повышает качество диагностики периодонтологических пациентов и обеспечивает детальное планирование комплексного лечения хронического генерализованного периодонтита (для визуализации глубоких костных карманов и

внутрикостных дефектов) в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями [3].

Метод конусно-лучевой компьютерной томографии основан на измерении и сложной компьютерной обработке разности ослабления рентгеновского излучения различными по плотности тканями. Для визуальной и количественной оценки плотности визуализируемых с применением метода компьютерной томографии структур используется шкала ослабления рентгеновского излучения, получившая название шкалы Хаунсфилда. Диапазон единиц шкалы составляет в среднем от -1024 до +1024. Средний показатель в шкале Хаунсфилда (0 HU) соответствует плотности воды, отрицательные величины шкалы – воздуху и жировой ткани, положительные – мягким тканям, костной ткани и металлу [5, 12].

Целью нашего исследования явилось изучение структурно-функционального состояния тканей периодонта при комплексном лечении пациентов с генерализованным периодонтитом в сочетании с зубочелюстными деформациями.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели проведено обследование и комплексное лечение 98 пациентов в возрасте 35–44 лет с хроническим генерализованным сложным периодонтитом в сочетании с зубочелюстными деформациями.

В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на три группы. Состав групп был однотипен по выраженности патологии и по возрасту. Первую группу составили 30 пациентов, которым проводили только периодонтологическое лечение без включения в план лечения ортодонтических мероприятий. Во вторую группу вошли пациенты, которым проводили комплексное лечение с включением ортодонтических мероприятий, но без включения физиотерапевтического лечения и учета капиллярного давления и интенсивности микроциркуляции (35 пациентов). Третью группу составили пациенты, которым проводили комплексное лечение с включением вакуум-лазеротерапии и вакуум-УФО-терапии с учетом капиллярного давления и интенсивности микроциркуляции в тканях периодонта, а также с использованием витаминно-минерального комплекса «ДентоВитус» (33 пациента). Витаминно-минеральный комплекс «ДентоВитус» назначали один раз в день пациентам с нормальной минерализацией костной ткани и по одной таблетке два раза в день пациентам с низкой минерализацией кости (курсами по три месяца с перерывом в один месяц). Количество курсов зависело от показателей денситометрии и биохимического исследования крови. Состав этих групп пациентов был однотипен по тяжести поражения периодонта, полу и возрасту.

В процессе выполнения работы использовали

разработанное нами устройство и методику для вакуум-УФО-терапии, которые дали возможность осуществить сочетанное (одновременное) воздействие дозированного вакуума и ультрафиолетового излучения на ткани периодонта (патент на изобретение Республики Беларусь №2750 от 17.11.1998). Также устройство и методику для вакуум-лазеротерапии (ВЛТ), которые дали возможность осуществить сочетанное (одновременное) воздействие дозированного вакуума и лазерного излучения на ткани периодонта (приоритет; справка на патент Республики Беларусь №и20120716 от 25.07.2012).

При проведении исследования состояния зубочелюстной системы различали несколько этапов. Первый этап: знакомство с пациентом, выяснение анамнеза жизни, общих заболеваний и жалоб, определение статуса ротовой полости, а также первичной визуальной характеристики тканей периодонта зубочелюстной деформации. Далее устанавливали предварительный диагноз. Второй этап состоял в детальном исследовании диагностических моделей челюстей, ортопантомограммы, телерентгенограммы, компьютерной томограммы, состояния тканей периодонта, проведении денситометрии и биохимического анализа крови, установлении окончательного диагноза и прогноза. При периодонтологическом осмотре оценивали состояние тканей периодонта, включая степень и распространенность воспаления, глубину зубодесневых карманов, чувствительность периодонта, кровоточивость десны, подвижность зубов, интенсивность и распространенность рецессии десны, капиллярное давление, микроциркуляцию, электроодонтометрию зубов, исследование ротовой жидкости, также другие потенциальные проблемы с помощью объективных методов исследования [1, 2].

На рентгенограммах определяли тип деструкции альвеолярного отростка – вертикальный, горизонтальный, комбинированный. Степень тяжести болезней периодонта оценивали по степени резорбции межзубных костных перегородок, расширению периодонтальной щели и наличию костных карманов. Качественными признаками плотности костной ткани на рентгенограммах служили особенности ее архитектоники: крупнопетлистый рисунок кости, степень прозрачности, пятнистая rareфикация, утончение кортикальных пластинок, характерные для остеопорозного типа. Утолщение костных перегородок губчатой кости, увеличение их количества на единицу объема, мелкопетлистый рисунок свидетельствовали о наличии остеосклеротических изменений [6, 11]. Для выявления активности резорбтивно-деструктивных процессов в тканях периодонта и определения альвеолярного индекса нами проведен

анализ 388 рентгенограмм и 15 компьютерных томограмм пациентов, обратившихся за консультативно-лечебной помощью на 3-ю кафедру терапевтической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Рентгеностеометрию проводили на дистальной поверхности 4-х зубов в одном из квадрантов с наибольшей деструкцией кости с учетом коэффициента дисторсии изображения альвеолярного отростка для ортопантомографа Gendex Orthoralix 9200, который составил 1,25.

При анализе рентгенограмм и компьютерных томограмм применяли разработанный альвеолярный индекс (AI) для определения потери высоты альвеолярной кости в динамическом наблюдении периодонтологических пациентов. Для получения значения потери высоты альвеолярной отростка определяли расстояние от видимой шейки зуба (эмалево-цементная граница) до вершины альвеолярного отростка в миллиметрах. На рентгенограмме расстояние между эмалево-цементной границей и вершиной альвеолярного отростка до 2 мм считали физиологическим [2]. Полученное значение умножали на коэффициент дисторсии, определенный для каждого типа ортопантомографа. При анализе КЛКТ альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей в толстом срезе (4–6,5 мм) изучали плотность костной ткани в единицах по шкале Хаунсфилда и классифицировали ее по биотипам (D1–D5) по C.Misch [5].

Результаты исследования и их обсуждение.

Изучение клинического состояния до лечения пациентов трех групп показало наличие жалоб на кровоточивость десны при чистке зубов или при приеме твердой пищи, выраженную гиперемию и отечность десневого края, кровоточивость при зондировании, над- и поддесневые зубные отложения, миграцию зубов, подвижность зубов II–III степени, часто определялся серозно-гнойный экссудат в периодонтальных карманах. В первой группе параметры объективных тестов составляли: ОНI-S – $2,46 \pm 0,2$; GI – $2,30 \pm 0,07$; IPMA – $54,94 \pm 1,32$ %; ГППК – $5,5 \pm 0,07$; ИЧП – $3,16 \pm 0,18$; PI – $4,29 \pm 0,11$; IR – $46,19 \pm 0,96$; капиллярное давление – $31,29 \pm 0,9$ мм.рт.ст.; ЛОДцсф – $16,29 \pm 1,23$ усл. ед. Параметры объективных тестов второй группы были сходны с параметрами первой (ОНI-S – $2,55 \pm 0,21$; GI – $2,13 \pm 0,07$; IPMA – $60,68 \pm 2,29$ %; ГППК – $5,61 \pm 0,06$; ИЧП – $3,25 \pm 0,19$; PI – $4,13 \pm 0,11$; IR – $46,68 \pm 1,0$; капиллярное давление – $31,04 \pm 0,9$ мм.рт.ст.; ЛОДцсф – $17,23 \pm 0,89$ усл. ед.). Параметры объективных тестов третьей группы составили: ОНI-S – $2,7 \pm 0,36$; GI – $2,29 \pm 0,06$; IPMA – $61,3 \pm 2,32$ %; ГППК – $5,6 \pm 0,06$; ИЧП – $3,31 \pm 0,2$; PI – $4,1 \pm 0,1$; IR – $46,1 \pm 1,0$; капиллярное давление – $31,0 \pm 0,8$ мм.рт.ст.; ЛОДцсф – $16,12 \pm 0,9$ усл. ед.).

При определении состояния костной ткани

альвеолярных отростков челюстей до лечения определили, что у пациентов трех групп были выявлены деструктивные изменения со снижением высоты альвеолярного отростка не более $\frac{1}{2}$ длины корня зуба. Вертикальный тип деструкции альвеолярного отростка выявлен у 30 (30,6 %) пациентов, а комбинированный – у остальных 68 (69,4 %) пациентов. Остеопорозный тип утончение кортикальных пластинок альвеолярных отростков определялся у 64 (65,3 %) пациентов, а остеосклеротичные изменения выявлены у 1 (1,1 %) пациента. Расширение периодонтальной щели имели 52 (53,1 %) пациента. Такие изменения показателей свидетельствовали о плохом состоянии тканей периодонта, и был поставлен диагноз «хронический генерализованный сложный периодонтит средней степени тяжести в сочетании с зубочелюстными деформациями».

По данным рентгеновской денситометрии из 98 обследованных пациентов трех групп низкая костная масса выявлена у 31 (31,6 %). Нормальная костная ткань по данным денситометрии была только у 67 человек (68,4 %).

Комплексная оценка состояния тканей периодонта у пациентов первой группы показала, что после периодонтологических мероприятий через 12 месяцев только у 5 (16,67 %) пациентов показатели были хорошими, а у остальных 25 (83,33 %) пациентов они были удовлетворительными. При этом AI составил – 18 %, что указывает на убыль кости. Потеря высоты альвеолярного отростка до лечения у них составила $4,35 \pm 0,49$ мм, а после периодонтологического лечения через 1,5 года увеличилась до $5,11 \pm 0,43$ мм ($P < 0,05$). Кроме того, в этой группе рентгенологически определяли остеопороз межзубных костных перегородок, их резорбцию, разволокненную кортикальную пластинку, а губчатая костная ткань не имела четкого рисунка. Полученные данные указывают на то, что с целью стабилизации патологического процесса в тканях периодонта у пациентов с хроническим сложным периодонтитом в сочетании с зубочелюстными деформациями общепринятых периодонтологических мероприятий недостаточно.

Через 12 месяцев исследование клинического состояния тканей периодонта пациентов второй группы показало, что у 10 (28,6 %) пациентов получены хорошие результаты лечения. Удовлетворительные результаты лечения отмечены у 25 (71,4 %) пациентов, у которых фиксировали жалобы на кровоточивость десны при чистке зубов, показатели объективных методов исследования были отклонены от нормы. Кроме этого, установили уменьшение высоты альвеолярного отростка на 14,4 %.

В третьей группе включение адекватного ортодонтического лечения с помощью пассивных са-

молигирующих брекет-систем на основе данных капиллярного давления десны и интенсивности микроциркуляции, витаминно-минерального комплекса «ДентоВитус», ВЛТ и вакуум-УФО-терапии в комплекс лечебно-профилактических мероприятий основной и поддерживающей терапии позволило получить у 97 % пациентов с хроническим периодонтитом хорошие результаты. Следует отметить, что проведенное комплексное лечение позволило стабилизировать патологический процесс в тканях периодонта, поэтому при хороших показателях индексов гигиены и воспаления удовлетворительное состояние отмечено только у 1 (3 %) пациента, т.к. капиллярное давление составляло 27 мм рт. ст. и интенсивность микроциркуляции – 28 усл. ед. В связи с этим пациенту было назначено поддерживающее лечение до полного восстановления микроциркуляции.

Необходимо отметить, что уже к 12 месяцам в третьей группе достоверно снизилась потеря костной ткани и AI составил +28,5 % (до лечения потеря высоты составила $4,39 \pm 0,46$ мм, через 12 мес – $3,14 \pm 0,4$ мм, $P < 0,05$). При этом применение комплексного лечения, по результатам рентгенометрии, способствовало росту высоты альвеолярного отростка в среднем на 1,25 мм в год. У пациентов определено отсутствие активных процессов вертикальной резорбции с уменьшением очагов остеопороза и уплотнением кортикальной пластинки, усилением четкости рисунка губчатой костной ткани. Архитектоника восстановленной костной ткани отмечена в виде мелкопетливой сетки, костные перегородки имели хаотичный рисунок, что можно объяснить иррегулярным размещением белковой матрицы в результате ускоренных темпов новообразования костной ткани.

У пациентов трех групп было установлено функциональное состояние костной системы при определении показателей гормонов и биохимических маркеров костного ремоделирования. Результаты биохимических исследований свидетельствовали, что у пациентов первой группы до и после лечения выявлен достоверно высокий показатель паратгормона ($52,85 + 4,29$ пг/мл), в сравнении с пациентами второй и третьей групп после лечения ($34,72 + 4,39$ пг/мл; $P < 0,05$). Однако достоверных различий между показателями кальция у пациентов трех групп не выявлено. Увеличение концентрации маркеров резорбции костной ткани через 12 месяцев в первой группе – С-концевой телопептид коллагена I типа ($2,3+0,027$ нг/мл) в сравнении с пациентами третьей группы ($1,98+0,17$ нг/мл), что указывает на усиление процессов резорбции в костной ткани у пациентов первой группы. Вместе с тем у пациентов первой группы обнаружено угнетение процессов образования костной ткани при уменьшении показателей маркеров,

характеризующих образование костной ткани – остеокальцина на 20 % и костного изофермента щелочной фосфатазы на 15 % в сравнении с пациентами третьей группы, что свидетельствует о положительном влиянии комплексного лечения пациентов третьей группы.

Полученные результаты свидетельствуют, что показатели биохимических маркеров костного ремоделирования динамично реагируют на изменения функционального состояния костной ткани. В связи с этим у пациентов первой группы установлено ослабление процессов остеосинтеза костной ткани и усиление процессов резорбции, что свидетельствует о разбалансировании процессов ремоделирования. Однако у пациентов третьей группы после лечебно-реабилитационных мероприятий с применением избирательного ортодонтического лечения с помощью пассивных самолигирующих брекет-систем на основе данных капиллярного давления десны и интенсивности микроциркуляции, долгосрочного шинирования,

витамино-минерального комплекса «ДентоВитус» и физиотерапевтического лечения определялось улучшение процессов ремоделирования и равновесие процессов остеосинтеза и резорбции.

Заключение. Разработана новая схема лечения периодонтологических пациентов с зубочелюстными деформациями, которая состоит из комплекса периодонтологических, ортодонтических, физиотерапевтических мероприятий с включением специального витаминно-минерального комплекса. Это дало возможность оказывать реструктурное действие на костную ткань периодонта, которое отразилось в противовоспалительном эффекте (по показателям периодонтальных индексов), улучшении микроциркуляции (по показателям капиллярного давления, лазерно-оптической диагностики); привело к положительным изменениям рентгенологических данных (по альвеолярному индексу), сокращению сроков лечения в 3 раза и хорошим результатам клинического наблюдения в отличие от групп сравнения.

Литература

1. Дедова, Л.Н. Диагностика болезней периодонта: Учебно-метод. пособие / Белор. госуд. мед. унив.; Сост. Л.Н. Дедова – Минск, 2004. – 70с.
2. Денисова, Ю.Л. Альвеолярный индекс (AI) – новый метод рентгеноостеометрии в периодонтологической практике / Ю.Л. Денисова // *Стоматолог.* – 2012. – №3. – С. 24–28.
3. Зудилин, А.Ю. Составление индивидуального плана лечения для комплексной реабилитации пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов и патологией мягких тканей полости рта/ А.Ю. Зудилин, В.А. Тугарин, А.И. Ерохин, Л.С. Персин // *Пародонтология.* – 2012. – №3. – С. 27–34.
4. Кузьминых, И.Г. Диагностика генерализованного хронического пародонтита с помощью дентальных панорамных ортопанрентгенограмм и их цифровой обработки / автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Г. Кузьминых – Казань, 2011. – 22 с.
5. Миш, К.Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты / Карл Е. Миш; пер. с англ. – М., 2010. – 616 с.
6. Рабухина, Н.А, Аржанцев А.П. Рентгендиагностика в стоматологии. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1999. – 452 с.
7. Поворознюк, В.В., Мазур И.П. Костная система и заболевания пародонта. – К., 2003. – 446 с.
8. Серова, Н.С. Современные методы лучевой диагностики в решении задач дентальной имплантологии / Н.С. Серова // *Сибирский медицинский журнал.* – 2009. – №5. – С. 130–133.
9. Хорошилкина, Ф.Я., Персин Л.С., Чобанян А.Г. Телерентгенометрия в ортодонтии. Диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий. Том I. – М., 2012. – 229 с.
10. Carranza's Clinical Periodontology. – 9th ed./ [edited by] M.G. Newman, H.H. Takei, F.A.Carranza. – 2002. – 1033 p.
11. Langland ,O., Sippi F. Anatomic structures as visualized on the ortopantomogram // *Oral Surg.* – 1968. – 26(4). – P. 465–475.
12. Mah, P., Reeves T.E., McDavid W.D. Mah-Deriving Hounsfield units using grey levels in cone beam computed / *Dentomaxillofacial Radiology.* – 2010. 39. – P. 323–335.

Поступила в редакцию 02.11.2012

В.И. Урбанович, Л.В. Шебеко, Л.В. Белясова

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ОТРАВЛЕНИЙ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ (ЧАСТЬ I)

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В данной работе рассмотрены вопросы диагностики, особенности клинических проявлений отравлений и повреждений на слизистой оболочке рта. В каждой конкретной ситуации изложены принципы оказания неотложной помощи, даны общие принципы медикаментозной терапии.

Ключевые слова: клиника, отравления и повреждения, слизистая оболочка ротовой полости, неотложная помощь, общие принципы медикаментозной терапии

V.I. Urbanovich, L.V. Shebeko, L.V. Belyasova

CLINIC, DIAGNOSTICS OF DISPLAY OF DAMAGES AND POISONINGS ON THE MOUTH MUCOUS MEMBRANE. THE URGENT HELP (PART I)

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. In the given work questions of diagnostics, feature of clinical displays of poisonings and damages on a mouth mucous membrane are considered. In each concrete situation principles of rendering of the urgent help are stated, given about-shchie principles of medicamentous therapy.

Key words: clinic, damages and poisoning, mouth mucous membrane, the urgent help, general principles of drug therapy

В настоящее время увеличилась распространенность заболеваний слизистой оболочки ротовой полости (СОРП). Это связано с ростом общих и местных неблагоприятных факторов, влияющих на организм, отсутствием четких представлений о причинах и развитии заболеваний слизистой оболочки рта, разноречивостью методов лечения и профилактики. Значительную роль в развитии болезней слизистой оболочки рта играют сочетанные влияния различных неблагоприятных факторов (физических, химических, биологических) и ряда соматических заболеваний организма. При этом тяжесть заболевания обуславливается природой и интенсивностью агрессии этиологического фактора. Многообразие клинических проявлений повреждений и отравлений на слизистой оболочке рта представляет собой серьезную проблему диагностики.

Цель настоящей работы – усовершенствование знаний и методических принципов диагностики, оказания неотложной помощи и лечения повреждений и отравлений слизистой оболочки рта.

СОРП состоит из многослойного плоского эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки. Под СОРП имеется подслизистая основа, образованная рыхлой волокнистой соединительной тканью. Она обеспечивает подвижность СОРП, а в некоторых участках (твердое небо, альвеолярная десна, дорсальная поверхность языка) отсутствует. Границей между эпителием и собственной пластинкой слизистой оболочки является базальная мембрана. Базальная мембрана неровная, волнистая, а поскольку собственная пластинка слизистой

оболочки вдавливается в эпителий, образуются выросты – сосочки. Между ними находятся эпителиальные сосочки. Данная особенность увеличивает прочность соединения слоев и способствует питанию эпителия, лишенного кровеносных сосудов.

Эпителий на большей части СОРП в норме не ороговевает. Нормальная физиологическая кератинизация существует в местах повышенной нагрузки на слизистую оболочку: на спинке языка (нитевидные сосочки), твердом небе, десневом крае. В области красной каймы губ (ККГ) неороговевающий эпителий СОРП переходит в ороговевающий эпителий кожи. Неороговевающий эпителий располагается на всех остальных участках СОРП (щеки, губы, нижняя поверхность языка, мягкое небо, переходные складки и т. д.) [1].

Под воздействием различных эндогенных или экзогенных факторов появляется целый ряд патологических процессов, протекающих в эпителии и собственной пластинке СОРП. Чаще всего данными процессами являются воспаление, местные расстройства микроциркуляции, отек, иммунопатологические реакции, нарушения ороговения.

Инфильтрацией в прикладной патологии называют результат экссудации с выраженной иммиграцией клеток и сосудов в ткань. Данный процесс характеризуется скоплением клеточных элементов крови и лимфы, сопровождается местным уплотнением и увеличением объема ткани.

Гиперкератоз (син. ортокератотический гиперкератоз) – это гиперплазия многослойного ороговевающего эпителия с увеличением количества рядов рогового слоя параллельно с развитием блестящего и зернистого слоев.

Паракератоз (син. паракератотический гиперкератоз) – дисплазия многослойного ороговевающего эпителия: неполноценное ороговение, когда фазы образования кератогиалина и элеидина отсутствуют, а в клетках рогового слоя, число рядов которого увеличено, присутствуют ядра.

Гипергранулез (вариант гранулез) – увеличение числа рядов зернистого слоя (более 3–4-х рядов) или появление зернистого слоя там, где его не должно быть. При гипергранулезе часто возникает голубовато-перламутровый оттенок слизистой оболочки в связи с насыщенностью клеток кератогиалином.

Папилломатоз – это разрастание межэпителиальных соединительных сосочков, которые благодаря этому значительно удлиняются и могут достигать поверхности рогового слоя, нарушая поверхность слизистой. Часто образование многодольчатое, представляющее конгломерат слившихся отдельных долек, разделенных неглубокими бороздками. Папилломатоз может быть первичным (часто врожденным) или вторичным (после хронической травмы).

Первичные элементы возникают на неизменной коже, ККГ и слизистых оболочках. К ним относятся пятно (*macula*), узелок (*papula*), бугорок (*tuberculum*), узел (*nodus*), волдырь (*urtica*), пузырь (*bulla*), пузырек (*vesicula*), гнойничок (*pustula*).

Вторичные элементы – пятна гиперпигментации и депигментации (*hyperpigmentatio*, *depigmentatio*), эрозия (*erosia*), язва (*ulcus*), трещина (*fissure*), корка (*crusta*), рубец (*cicatrix*), чешуйка (*scuama*), лихенизация (*lichenisatio*), вегетация (*vegetation*) – развиваются в результате трансформации или повреждения первичных элементов.

Первичные морфологические элементы делятся на инфильтративные и экссудативные, бесполостные и полостные:

Пятно (*macula*) – ограниченный, измененный в цвете участок слизистой оболочки или кожи, не выступающий над уровнем их поверхности. Пятна могут быть воспалительного и невоспалительного происхождения. Их разделяют на сосудистые, пигментные (дисхроматические), возникающие в результате отложения красящих веществ, а также в результате кератоза слизистой оболочки.

Сосудистые пятна появляются вследствие воспаления или в результате местных типовых патологических процессов (гиперемии, ишемии и стаза) в системе микроциркуляции.

Воспалительные пятна при надавливании прозрачным стеклом всегда исчезают, данный метод называют витропрессией. Множественные мелкие пятна до 1 см в диаметре называют *розеолой*, крупные – от 1 см в диаметре и более – *эритемой*.

Гематома – масса крови, замкнутая в тканях, например, под кожей или между мышцами. Иногда

кровь пропитывает (инфильтрирует) ткани диффузно, не образуя сплошной массы, что обозначается термином *суффузия*. Кожа или слизистая над инфильтратом выступает и меняет цвет на синеватый, позже, по мере формирования биливердина и билирубина, окрашивается в тона зеленовато-желтой гаммы. Гематома – проявление некапиллярных кровотечений, связанных с нарушением целостности более крупных сосудов. Это симптом гематомного типа кровоточивости, который бывает при коагулопатиях.

Пятна, возникающие в результате накопления красящих веществ солей тяжелых металлов (например, висмута или цинка, при приеме медикаментов), а также при длительном использовании некоторых других лекарственных препаратов (тетрациклин, кламин, фурацилин и т. д.), могут появиться в сосочковом слое собственной СОРП. Кроме того, они могут образоваться при длительном контакте с факторами профессионального риска или при наличии вредных привычек (окраска эпителия пигментами табака у курильщиков или у работающих на табачном производстве) и т. д.

Пузырь (*bulla*) – результат скопления жидкости в эпителии СОРП или под ним в собственной пластинке. Это полостной морфологический элемент размером от 0,5 см и более, возвышающийся над поверхностью СОРП. Содержимое пузыря может быть серозным, гнойным или геморрагическим. Толщина крышки пузыря зависит от места его расположения.

Пузырек (*vesicula*) – полостное образование размером 1–3 мм в диаметре, заполненное серозным, реже гнойным или геморрагическим экссудатом.

Отличие пузырьков от пузырей не только в их величине, но и в механизме образования. Пузырьки формируются в результате альтеративных и экссудативных процессов в эпителии – вакуольной и баллонизирующей дегенерации (дистрофии) и спонгиоза. Механизм образования везикул не следует упрощать, сводя его к экссудации.

Вторичные морфологические элементы:

Эрозия (*erosia*) – результат некроза эпителия СОРП или кожи, дефект кожи или слизистой оболочки в пределах эпителия. Причины возникновения эрозий могут быть различными: травма СОРП, ишемия, разрыв крышки пузыря или пузырька. Клинически в первые дни после вскрытия пузырей еще можно определить пленки их крышек, между тем как при вскрытии пузырьков обрывки крышек выявить не удастся. Эрозии после вскрытия пузырей или пузырьков будут повторять их очертания. Если пузырьки сгруппировались, то эрозии приобретают сливной характер и имеют мелкофестончатые очертания.

Язва (*ulcus*) – это дефект кожи и слизистых оболочек в пределах дермы или собственной пла-

стинки СОРП, поэтому заживление ткани идет с образованием рубца. Язва всегда очаг хронического воспаления с недостаточной репаративной функцией. Язвы на СОРП могут появляться в результате любого вида травмы или на фоне аутоиммунных и инфекционных заболеваний. Кроме того, язвы могут возникать в результате изъязвления, эрозий при присоединении вторичной инфекции. Размер, глубина, контуры, характер краев и основания язв, а также признаки воспаления вокруг них различны и определяются причиной возникновения язв и иммунитетом больного.

Рубец (*cicatrix*) представляет собой вновь образованную соединительную ткань, развившуюся на месте разрушения дермы или собственной пластинки СОРП. Рубец состоит в основном из зрелых коллагеновых волокон и является крайне медленно протекающим патологическим процессом. Эпителиальный пласт на поверхности рубца истончен, дермальные выросты и эпителиальные сосочки отсутствуют. Количество сосудов и нервных окончаний в рубцовой ткани значительно снижено, отсутствуют железы. Различают рубцы плоские, атрофические и гипертрофические (келоидные). Избыточное образование и задержка резорбции коллагена приводит к появлению толстых, грубых, приподнятых над поверхностью тканей рубцов – **келоидов**. Келоиды бедны фибробластами, их коллагеновые волокна гомогенизированы и беспорядочно переплетены. В них необычно много гиалуроновой кислоты и сульфатированных гликозаминогликанов. Тенденция к келоидизации наследуется. Келоиды особенно часто встречаются у представителей негроидной расы и нередко провоцируются ожогами и анафилактическими реакциями.

Корка (*crusta*) представляет собой ссохшийся экссудат содержимого пузырей, пузырьков, поверхностей эрозий и язв. Корка содержит компоненты плазмы крови и отдельные клетки (кератиноциты, форменные элементы крови, бактерии) [4].

КЛАССИФИКАЦИИ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ОТРАВЛЕНИЯХ

Фрагменты **классификации ВОЗ** (ICD-DA, 1994; DHO) [6]:

Раздел XIX.

Травмы и отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин:

- S00–S 15;
- T00–T 95.

Внешние причины заболеваемости и смертности:

- X62–X77;
- Y40–Y82.

Эрозивно-язвенные поражения СОРП:
– травматические изъязвления (K12.04);
– протезный стоматит (K12.12).

Фрагменты **классификации заболеваний СОРП ММСИ** (1972) [4]:

I. Травматические поражения (механическая, химическая, физическая) слизистой оболочки (травматическая эрозия, язва, лейкоплакия, актинический хейлит, лучевые, химические повреждения и др.).

IV. Медикаментозные поражения и интоксикации (ртутные, висмутовые, свинцовые и др.).

Классификация эрозивно-язвенных поражений слизистой рта (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2009) [2]:

1. Вид эрозивно-язвенных поражений слизистой рта:

- 1.1. Эрозия.
- 1.2. Язва.
- 1.3. Сочетанный.

2. Локализация по топографическим зонам:

- 2.1. Красная кайма губ.
- 2.2. Угол рта.
- 2.3. Слизистая губы и переходной борозды.
- 2.4. Слизистая щеки.

2.5. Слизистая щечных переходных борозд (верхней и нижней).

2.6. Десна.

2.7. Слизистая языка.

2.8. Дно ротовой полости.

3. Цвет эрозивно-язвенного поражения:

- 3.1. Белый (некротический).
- 3.2. Красный (эритематозный)
- 3.3. Неясный.

4. Количество эрозивно-язвенных поражений:

- 4.1. Одиночные.
- 4.2. Групповые.
- 4.3. Множественные.

5. Контур эрозивно-язвенного поражения:

- 5.1. Округлый, овальный.
- 5.2. Полигональный.

6. Размер (диаметр, площадь) эрозивно-язвенного поражения (мм):

- 6.1. До 5.
- 6.2. До 10.
- 6.3. Более 10.

7. Глубина поражения:

- 7.1. В пределах эпителиального слоя.
- 7.2. Пределах соединительного слоя.
- 7.3. Пределах мышечного слоя.

8. Течение:

- 8.1. Острое.
- 8.2. Хроническое.
- 8.3. Рецидивирующее.
- 8.4. Перманентное.

9. Причинный фактор:

- 9.1. Травматический.

- 9.2. Симптоматический.
- 9.3. Сочетанный.
- 9.4. Невыясненный.
- 10. Стадия развития воспаления:
 - 10.1. Альтерация.
 - 10.2. Экссудация.
 - 10.3. Пролиферация.
- 11. Степень тяжести:
 - 11.1. Легкая.
 - 11.2. Средняя.
 - 11.3. Тяжелая.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

ОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ТРАВМА

Механическая травма в челюстно-лицевой области является самой частой причиной развития травматических заболеваний СОРП. При этом возможны два варианта патогенеза:

1. Возникновение воспаления, опосредованного нейрокининовыми механизмами, связанными с антидромной безимпульсной секрецией вещества P и других флогенных медиаторов из чувствительных нервных окончаний раздражаемых или повреждаемых нервов в ротовую полость. При этом отсутствует первичная альтерация самой слизистой оболочки, а формирование признаков воспаления зависит от первичной альтерации чувствительных нервов. Явление секреции пептидных нейрогормонов и медиаторов воспаления через афферентные нервные окончания в ответ на боль и травму лежит в основе так называемых нервно-трофических нарушений. Следует отметить, что оно представляет собой результат неререфлекторной внесинаптической деятельности нейронов как эндокриноцитов и никаким образом не может трактоваться как нейрорефлекторное воспаление. При этом признаков первичной травмы СОРП нет.

2. Классическая прямая первичная альтерация слизистой оболочки рта и/или ККГ с появлением местных медиаторов воспаления (продуктов ее клеток), что и ведет к развитию различных видимых патоморфологических изменений.

В первом случае больные жалуются на односторонние или двусторонние парестетические ощущения (жжение, покалывание), нарушение саливации и изменение различных видов чувствительности или на иррадирующие боли в области СОРП (в частности, языка) и других отделов челюстно-лицевой области. Появление данных симптомов может быть связано со слабым ущемлением либо с выраженным сдавливанием нервов, иннервирующих данную область. Это может происходить при синдроме Костена: в случае даже незначительного одностороннего или двух-

стороннего снижения прикуса при частичном или полном отсутствии антагонистов, когда травмируется *chorda tympani* («барабанная струна») в области суставных поверхностей височно-нижнечелюстного сустава. Для диагностики бывает достаточным понаблюдать за больным в динамике: при открывании рта жжение СОРП или боли значительно уменьшаются.

Другой синдром, сопровождаемый нейрокининовым воспалением без первичной альтерации самой СОРП, – синдром Вейзенбурга-Сикара-Робино (синдром шиловидного отростка) – связан с травмой n. *glossopharyngeus* (языкоглоточного нерва) при переломе шиловидного отростка или при кальцинозе тканей в данной области. Больные в таком случае жалуются на внезапно возникающее (часто при приеме пищи, кашле, зевании) жжение или боли в области корня языка и слизистой оболочки задней стенки глотки, на приступообразные изменения слюноотделения мелких слюнных желез данной области. Здесь также необходимо наблюдать за больным: жжение СОРП или боли будут увеличиваться или уменьшаться при поворотах головы.

Подобные жалобы и симптомы в области СОРП могут возникать при ущемлении нервных волокон на фоне поражений шейного отдела позвоночника.

Встречаются случаи травмирования волокон второй и третьей ветвей тройничного нерва, например, опухолью, ретенрованными зубами, кистами, пломбирочным материалом, выведенным за пределы верхушки корня и т. д. В таких случаях больные также могут жаловаться либо на жжение слизистой оболочки, либо на боли или нарушение чувствительности в области пораженных нервов.

При классической первичной альтерации самой СОРП острая механическая травма вызывает развитие катарального воспаления слизистой оболочки рта, часто с возникновением внутритканевых кровоизлияний, эрозий и язв.

Клиническая картина при механической травме будет зависеть от конфигурации травмирующего предмета, силы, направления и времени его воздействия. Травмирующими факторами могут быть:

- протезы (съёмные и несъёмные);
- острые края коронковой части или корни зубов, ретенрованные зубы, минерализованные зубные отложения;
- инородные тела (врачебный инструмент, мундштук, трубка, зубная щетка, зубочистки, соски, карандаши и т. п.).

Клиника острой механической травмы слизистой оболочки:

Жалобы на боль разной интенсивности в месте травмы.

Местный статус: определяются признаки

острого повреждения (гематома, болезненная эрозия, язва, не покрытая налетом, рана). Травматические эрозии имеют неправильную форму, язва – неровные края и дно. Окружающая слизистая оболочка слабо или умеренно гиперемирована. Чаще страдает слизистая языка, губ, щек (по линии смыкания зубов).

Диагностика и дифференциальная диагностика, для проведения которых важны анамнез заболевания, результаты клинического осмотра.

Хроническая механическая травма (*trauma mechanicum chronicum*) слизистой оболочки встречается довольно часто. Она бывает вызвана острыми краями зубов (при поражении кариесом или патологической стертости), отсутствием зубов и нарушением прикуса, некачественно изготовленными протезами, ортодонтическими аппаратами, зубным камнем, дурными привычками и др. На действие данных факторов слизистая оболочка может отреагировать изменением цвета (гиперемия, катаральное воспаление), нарушением ее целостности (эрозии, язвы), пролиферативными явлениями и разрастаниями (гипертрофия десневых сосочков, папилломатоз), повышенным ороговением (лейкоплакия) или их комбинациями. Данные нарушения могут иногда не тревожить больных, но большинство из них жалуются на ощущение дискомфорта, боли, припухлости, частое прикусывание или наличие давней язвы.

Патогенез хронической механической травмы. При хронической механической травме сначала возникают застойная гиперемия, отек, на месте которых может возникнуть эрозия, а потом язва, которую называют декубитальной. Локализуется такая язва чаще на языке, губах, щеках (по линии смыкания зубов), а также в пределах протезного ложа. Как правило, она одиночная, болезненная, края и дно неровные, окружена воспалительным инфильтратом, а дно ее покрыто фибринозным налетом. Воспалительные признаки зависят от характера микрофлоры и реактивности организма. При присоединении стрептококковой флоры язва может приобретать внешний вид твердого шанкра (шанкриформная пиодермия), а при ее инфицировании хламидиями могут появиться признаки аденопатии и регионального лимфаденита. При длительном течении края и основание язвы уплотняются, возможна малигнизация.

При травме слизистой оболочки длинными краями протезов в области переходных складок появляется язва. Вследствие длительного хронического раздражения ее краев происходит их гиперплазия в виде складок (дольчатая фиброма или протезная «гранулема»). Как известно, хроническое воздействие механической травмы ведет к стимуляции выработки факторов роста, активизации пролиферации клеток, а это, при наличии со-

матических мутаций в пролиферирующих клонах, повышает риск неоплазии. Подобная язва с гиперплазированными краями считается предраковым состоянием. Если травматические факторы не устраняются, довольно часто хроническая механическая травма приводит к появлению раковых язв.

Следует выделить особенности воспаления в ответ на механическую травму в области протезного ложа, в частности, на верхней челюсти. Если съемный протез очень хорошо фиксируется и больные редко его снимают для гигиенической обработки, то по линии контакта с базисом протеза появляются отек и яркая гиперемия диффузного характера. Данный феномен называют эффектом «медицинской банки». Если протез плохо фиксируется, то больной, удерживая его на месте, производит отсасывание воздуха. Тем самым создается отрицательное давление, что способствует хроническому раздражению, смешанной гиперемии и появлению папиллярной гиперплазии слизистой оболочки неба, что является предраковым состоянием.

При хронической механической травме СОРП протезами, зубами, корнями зубов нередко происходит травматизация с нарушением ороговения слизистой (паракератоз или гиперкератоз). В первом случае травматизация выражается в виде голубовато-перламутровых или беловатых ограниченных участков эпителия, напоминающих сетку плоского лишая – лихеноидная реакция слизистой оболочки на травму. При этом после устранения травмирующего фактора в течение одного месяца эпителий нормализуется и приобретает свой обычный вид. Однако если под воздействием хронической механической травмы появился участок с диффузным гиперкератозом беловато-серого цвета, возвышающийся над уровнем нормального эпителия, то говорят о появлении лейкоплакии. Лейкоплакия впоследствии почти в 4 % случаях осложняется *cancer in situ*.

Механическая травма острыми краями зубов достаточно часто встречается при вредной привычке кусания слизистой оболочки щек и губ. При этом в местах, доступных прикусыванию, развивается клиническая картина мягкой лейкоплакии: появляется небольшой отек, слизистая оболочка становится белесоватой, мацерированной с появлением чешуек эпителия в виде бахромы (словно поедена молью). При этом патогенетически определяются явления паракератоза. В тяжелых случаях могут возникнуть болезненные эрозии. Следует учитывать, что такое состояние может провоцироваться глубоким прикусом, патологической горизонтальной стираемостью зубов и поддерживать на фоне невроза.

Прикусывание щек и языка часто связано с их не-

воспалительным отеком. Одна из самых распространенных системных причин отека – латентный гипотиреоз, который весьма часто встречается в популяции. В районах геохимического йодного дефицита прикусывание языка и щек описано при йоддефицитном кретинизме.

Клиника хронической механической травмы слизистой оболочки рта.

Жалобы: боль ноющего характера в области травмы, при нарушении целостности слизистой кровоточивость при приеме пищи, разговоре, дискомфорт; отсутствие жалоб на боль, наличие шероховатости слизистой.

Местный статус: изменение цвета и рельефа слизистой оболочки рта, наличие декубитальной язвы, протезной гранулемы, папиллярной гиперплазии, лихеноидной реакции.

Диагностика. Для ее проведения важны анамнез заболевания, объективные данные местного статуса:

- изменение цвета: застойная гиперемия, белесоватый цвет слизистой;
- нарушение целостности слизистой – эрозии, язвы, покрытые налетом, с уплотненными краями, регионарный лимфаденит;
- гиперплазия слизистой, папиллярная гиперплазия.

Клинические признаки положены в основу дифференциальной диагностики и представлены в табл. 1.

Прогноз острой механической травмы – благоприятный. Гематомы и поверхностные повреждения относительно быстро (за 1–3 сут) исчезают.

Прогноз хронической механической травмы – благоприятный. При устранении травмирующего фактора в течение месяца эпителий нормализуется и приобретает свой обычный вид. Однако в участках слизистой с диффузным гиперкератозом, декубитальной язвой, имеющей гиперплазированные края, возможна малигнизация.

Тактика стоматолога при планировании и проведении лечения травматических повреждений слизистой оболочки рта.

Неотложная помощь:

- антисептическая обработка рта;
- местное обезболивание;
- устранение травмирующего фактора (сошлифовывание острых краев зубов, протезов и др.);
- при острой травме на глубокие повреждения, не осложненные вторичной инфекцией, наложение швов.
- мотивация к тщательному уходу за ротовой полостью, подбор средств и методов гигиены.

Местное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Выбор средств зависит от степени тяжести повреждения, стадии воспалительного процесса и включает применение растворов анти-

септиков, протеолитических ферментов, нестероидных противовоспалительных препаратов, препаратов биенового ряда, средств, усиливающих регенерацию тканей, УФО, лазеротерапию, магнитотерапию, формирование привычек здорового образа жизни.

Оказание всех видов стоматологической помощи по показаниям (удаление зубных отложений, лечение кариеса зубов и апикального периодонтита, рациональное протезирование, хирургическое лечение).

Динамическое наблюдение [3, 8 – 11].

ФИЗИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Физическая травма встречается часто, наиболее распространенными ее видами являются термические поражения (влияние высоких и низких температур), поражения электрическим током (ожог, гальваноз), лучевые поражения (влияние больших доз ионизирующего излучения).

Термические поражения

Причиной термических поражений является воздействие на слизистую оболочку высокой температуры (ожоги) при несчастных случаях в быту или низких температур (обморожение).

Ожоги слизистой оболочки могут быть вызваны горячей пищей, паром, горячими предметами, огнем, курением и др.

Степень повреждения зависит от температуры и длительности воздействия. Ожог может быть ограниченным или разлитым, сопровождаться образованием участка гиперемии или пузырей до развития обширного глубокого некроза тканей. Присоединение вторичной инфекции и действие местных раздражающих факторов осложняет течение болезни и замедляет эпителизацию участков поражения.

Повреждающее воздействие низких и сверхнизких температур на СОРП встречается при криотерапии разных поражений слизистой оболочки и периодонта. Сразу после криовоздействия в очаге возникает резкое острое катаральное воспаление, которое через 1–2 сут переходит в некроз.

Клиника термических поражений СОРП:

Жалобы: боль, затрудненный прием пищи.

Местный статус. Слизистая оболочка рта (чаще губ, кончика языка, переднего отдела твердого неба) отечна, резко гиперемирована, болезненна при дотрагивании, отмечается мацерация ее эпителия. Реже диагностируются поверхностные внутриэпителиальные пузырьки, которые сразу лопаются. При осмотре данных участков на гиперемированном основании видны обрывки эпителия белого цвета, эрозии. В более тяжелых случаях образуются пузыри, эпителий слущивается толстыми слоями, определяются язвы, участки некроза от серо-белого до темно-коричневого цвета.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика хронической травмы и язвенных поражений СОРП

Патологические состояния	Признак			
	возраст	форма язвы	края язвы	дно язвы
Рецидивирующие афты ротовой полости	Любой	Округлая	Мягкие, ровные	Плоское, с бело-серым налетом
Сифилис первичный	Молодой	То же	Ровные, валикообразные, плотные	Гладкое, ровное, мяскокрасное, «сальное»
Язвенные поражения при туберкулезе	Любой	Чаще неправильная	Подрытые	Зернисто-желтоватое
Травматические изъязвления (хронические)	То же	Неправильная (форма травм. агента)	Ровные, уплотненные	Бугристое (возможен серый налет)
Гингивит Венсана	Молодой	Округлая либо неправильная	Мягкие, ровные	Плоское с грязно-серым налетом
Новообразования	Пожилой	Чаще неправильная	Плотные, неровные, часто изъеденные	Неровное; распадающиеся массы, вегетации

Диагностика и дифференциальная диагностика, основанные на сборе анамнеза и данных объективного обследования.

Элементы поражения: гиперемия, пузырьки, пузыри, эрозии, язвы, некроз (фибринозный налет), рубцы.

Лечение: неотложная помощь, аппликации обезболивающих лекарственных средств, патогенетическая терапия с применением антисептиков, противовоспалительных препаратов, стероидных, нестероидных препаратов, препаратов биенового ряда, ферментов, препаратов, усиливающих регенерацию слизистой оболочки, физиотерапевтическое лечение. Мотивация и обучение гигиене ротовой полости, профессиональная гигиена рта. Поддерживающая терапия.

Повреждения электрическим током

Гальванизм также является часто встречающейся причиной травматического поражения СОРП. Появление гальванического тока связано с наличием в ротовой полости различных металлов в виде протезов или пломб и возникновением разности потенциалов между ними (эффект Пельтье). Электроды могут быть образованы металлами, если в ротовой полости присутствуют амальгама, сталь, золото, часто нитрит-титановое покрытие и иногда металл, используемый при металлокерамическом протезировании.

Гальванизм – это возникновение регистриро-

ванных электропотенциалов в ротовой полости при наличии металлических включений.

Условная норма силы микротоков в ротовой полости – до 10 мкА.

Гальваноз – патологические изменения общего и местного характера, которые возникают в результате электрохимического взаимодействия между металлическими включениями в ротовой полости.

Клиника повреждений СОРП электрическим током.

Диагностика. Диапазон симптоматики при гальванозе разнообразен: это могут быть жалобы только местного характера, возможна общая симптоматика.

Жалобы: жжение или покалывание, боль в языке, щеках, деснах, металлический привкус во рту, извращение вкусовой чувствительности, сухость или гиперсаливация.

Общие симптомы: легкая раздражительность, головная боль, слабость, дискомфорт.

Элементы поражения: отек, гиперемия, пузырьки, эрозии, белый налет, лихеноидное поражение.

Местный статус. Гальванические токи могут вызывать гиперкератоз или ожоги отдельных участков слизистой оболочки, клинически проявляющиеся катаральным, эрозивно-язвенным или лихеноидным поражением. При катаральном поражении ярко-гиперемированные очаги четко отграничены

Признак			
тенденция к росту	болезненность язвы	цитологическое исследование язвы	серологические реакции
Нет	Болезненная	Эпителиальные клетки	Отрицательные
То же	Безболезненная	Бледные трепонемы	Через 6 нед. после заражения положительные
То же	Болезненная	Эпителиальные клетки, микоактерии туберкулеза, гигантские клетки Пирогова-Ланханга	Отрицательные
То же	Слабо болезненная	Эпителиальные клетки	То же
Растет по мере развития болезни	Болезненная	То же	То же
Растет (может увеличиваться в глубину)	Может быть безболезненной	Атипичные клетки	То же

от неизменной поверхности слизистой оболочки: отмечается отек. Эрозивно-язвенная форма гальваноза встречается редко, характеризуется диффузным воспалением с образованием множественных пузырей, покрытых белым налетом.

Для установления диагноза «гальваноз» необходимо наличие 5 критериев:

- металлического привкуса во рту;
- субъективных симптомов, более выраженных утром и сохраняющихся в течение дня;
- двух и более металлических включений в ротовой полости;
- регистрации разницы потенциалов между металлическими включениями;
- улучшение самочувствия больного после удаления металлических протезов из ротовой полости.

Лечение:

- неотложная помощь;
- патогенетическая терапия;
- поддерживающая терапия.

Этиотропная терапия гальваноза слизистой оболочки сводится к удалению из ротовой полости протезов и пломб из неоднородных металлов.

При катаральном воспалении слизистой оболочки на ранних стадиях используют ингибиторы протеаз, противовоспалительные и антисептические средства. Гальванические ожоги обрабатывают антисептическими средствами совместно с местноанестезирующими веществами (4–10%-

ный масляный раствор анестезина; 4%-ный раствор ДМСО).

Для улучшения эпителизации пораженных участков используют солкосерил (мазь, желе), линимент «Спедиан», метилурациловую мазь, препараты биена (Репареф-2) [3,8,9,11].

Лучевые поражения

Лучевые стоматиты и хейлиты развиваются в результате местного действия на ткани ионизирующей радиации (рентгеновские лучи, гамма-лучи, потоки нейтронов и др.). В облученных тканях организма в результате радиолиза воды формируются свободные кислородосодержащие радикалы, которые служат агентами первичной альтерации и вызывают свободнорадикальный некробиоз клеток. При некробиозе освобождаются другие медиаторы воспаления и формируются стоматиты и хейлиты.

Наиболее частым и значимым ранним осложнением является мукозит – повреждение СОРП и глотки.

Больные отмечают, что мукозит и ксеростомия – побочные эффекты, наиболее сильно влияющие на общее состояние во время лечения.

Термином мукозит обозначается форма повреждения слизистой оболочки, характеризующаяся гиперемией и отеком, появлением изъязвлений и фибринозного налета. Субъективно мукозит проявляется выраженным болевым синдромом и сухо-

стью во рту, что приводит к нарушению жевания и глотания. Исторически мукозит рассматривали как результат неспецифического, но прямого воздействия облучения и химиопрепаратов на активно делящиеся клетки базального слоя эпителия слизистой оболочки. В настоящее время очевидно, что патогенез данного состояния существенно сложнее, характеризуется взаимодействием большого количества клеточных и тканевых факторов, а также продуктов микрофлоры ротовой полости. Хотя клинические проявления мукозита наиболее выражены в эпителии, подслизистая основа, эндотелий сосудов и соединительная ткань также играют активную роль в развитии процесса. Нарушения микроциркуляции (т. е. повреждения, опосредованные апоптозом эндотелиальных клеток) могут играть важную роль в развитии индуцированного излучением мукозита. Существуют доказательства, что повреждения эндотелия и соединительной ткани предшествуют изменениям эпителия облученной СОРП.

В 1998 г. S. T. Sonis предположил, что мукозит в процессе развития проходит четыре последовательные фазы: воспалительную, эпителиальную, изъязвления/ инфекции и восстановления. В 2004 г. Sonis и соавт. представили модель патогенеза мукозита, рассматривающую молекулярные механизмы развития процесса, согласно которой повреждение слизистой оболочки можно условно представить в виде пяти фаз: инициации, развития реакции и генерализации сигнальных посредников, усиления и передачи сигнала, изъязвления и воспаления, и, наконец, заживления.

Клинические признаки поражения слизистой оболочки рта при лучевой терапии новообразований челюстно-лицевой области:

- вначале возникает гиперемия, отекает слизистая, покрытая неороговевающим эпителием;
- усиливается ороговение, слизистая темнеет, теряет блеск, уплотняется, становится складчатой;
- в дальнейшем данный ороговевший эпителий местами отторгается, появляются эрозии, покрытые клейким некротическим налетом (очаговый пленчатый радиомукозит);
- при распространении некроза на прилежащие участки эрозии сливаются и возникает сливной пленчатый радиомукозит;
- в области мягкого неба возникает радиомукозит без фазы ороговения;
- поражаются слюнные железы (гиперсаливация, а впоследствии – стойкая гипосаливация);
- определяются гиперемия кончика, а затем боковых поверхностей языка, и атрофия его сосочков.

Под влиянием облучения ранее других гибнут молодые пролиферирующие клетки, возникает снижение регенераторного потенциала эпителия и других тканей. При высоких дозах облучения

снижаются иммунитет, барьерная функция соединительной ткани, подавляется лейкопоэз, наблюдаются тромбоцитопения и лейкопения. Общее действие излучения и инкорпорация радионуклидов могут вызывать острую и хроническую формы лучевой болезни.

Острая лучевая болезнь развивается после однократного облучения организма массивными дозами (1–10 Гр, или 100–1000 рад). В первый период (через 1–2 ч до 2 сут) в ротовой полости появляется сухость (или слюнотечение), снижаются вкус и чувствительность. СОРП отекает, появляется гиперемия, могут возникнуть точечные кровоизлияния. Во втором, латентном периоде (длится от нескольких часов до 2 нед.) все явления проходят. Период выраженных клинических проявлений (третий период) – это разгар болезни. На фоне резкого ухудшения общего состояния появляются тяжелые изменения в ротовой полости. Возникает картина лучевого стоматита, которая складывается в основном из геморрагического синдрома и язвенно-некротического процесса.

Клиника лучевого стоматита:

- слизистая ротовой полости и губ отекает;
- межзубные сосочки разрыхляются, кровоточат, край десны некротизируется;
- костная ткань альвеолярного отростка резорбируется, зубы расшатываются и выпадают;
- развивается множественный некроз слизистой, тяжелые некротические ангины;
- в тяжелых случаях некроз может распространяться на подлежащие ткани и кость, возможны переломы челюстей.

Если больной в это время не погибает, то наступает четвертый период – реконвалесценции, когда происходит медленное обратное развитие симптомов болезни. В ротовой полости все также возвращается к относительной норме.

Хроническая лучевая болезнь развивается вследствие длительного воздействия малых доз облучения на весь организм или его значительную часть. Симптомы и клиника выражены в меньшей степени.

В настоящее время не существует общепринятых протоколов профилактики и лечения мукозита. Коррекция данного осложнения включает как локальное воздействие на слизистую оболочку, так и системные лекарственные и нефармакологические методы лечения.

S. T. Sonis и соавт. (1998) выделяют несколько групп средств профилактики мукозита: противовоспалительные препараты, антимикробные средства, модификаторы биологического ответа, антиоксиданты, нефармакологические воздействия. Лечение мукозита является патогенетическим и симптоматическим. Оно осуществляется в два этапа.

I этап – подготовка пациента перед облучением – включает следующие мероприятия:

1. Мотивацию к тщательному уходу за ротовой полостью, исключению вредных привычек (курение и алкоголь), обучение гигиене рта.

2. Профессиональную гигиену (ультразвуковое удаление отложений).

3. Удаление очагов одонтогенной инфекции (подвижных и разрушенных зубов) с последующим наложением швов не позже чем за 3–5 сут до начала лучевой терапии.

4. Устранение травмирующих факторов (острых краев зубов, пломб, кариозных полостей, протезов).

5. Пломбирование кариозных полостей цементами или композитами.

6. Замена пломб из амальгамы на цементные и композиты.

7. Изготовление пластмассовых капп на имеющиеся металлические протезы.

II этап – соблюдение пациентом рекомендаций в период облучения – включает следующие мероприятия:

1. Исключение приема горячей, острой, твердой пищи и алкоголя, отказ от курения, минимальное использование съемных зубных протезов.

2. Симптоматический прием анальгетиков.

3. Применение противовоспалительных препаратов.

4. Комплексное воздействие антисептиками (полоскание 0,05%-ным раствором хлоргексидина и йодополивиданом + прием нистатина), которые снижают частоту возникновения кандидоза слизистой ротовой полости при тяжелых мукозитах.

5. Применение неспецифических иммуностимулирующих препаратов («Иммунал» и др.).

6. Прием антиоксидантов (витаминов А, Е и др.).

7. Применение местно препаратов биена (Репареф-1, Репареф-2) и других лекарственных средств, усиливающих регенерацию слизистой (солкосерил, бепантен).

8. Использование нефармакологических мето-

дов профилактики и лечения лучевых реакций (охлаждение ротовой полости, воздействие низкоэнергетическим лазерным излучением и магнитным полем).

Лечение и оказание неотложной помощи при острой лучевой болезни включает следующие мероприятия:

1. В период первичной реакции острой лучевой болезни возможно проведение частичной санации ротовой полости (снятие металлических коронок, протезов, травмирующих слизистую оболочку, устранение нависающих пломб, острых краев зубов, удаление зубных отложений). Удаление зубов противопоказано. Целесообразно назначение аскорутина, витаминно-минерального комплекса «ДентоВитус», местно для полоскания рта – растворов слабых антисептиков.

2. В период разгара болезни проводят антисептическую обработку рта слабыми растворами антисептиков: 1%-ным раствором перекиси водорода, 0,05%-ным раствором хлоргексидина, этакридина лактата (0,05 %), растительных препаратов (календулы, сангвиритрина). Под аппликационным обезболиванием (4%-ная взвесь анестезина в масле) проводят щадящее удаление некротизированных тканей с помощью ватных турунд. Показаны аппликации ферментов (трипсина, химотрипсина, террилитина и ируксола). На обработанные поверхности делают аппликации с противовоспалительными нестероидными препаратами и средствами, усиливающими регенерацию слизистой оболочки рта. В период разгара болезни противопоказано удаление зубов, кюретаж периодонтальных карманов, применение прижигающих и сильнодействующих веществ.

3. В период отдаленных последствий проводят полную санацию ротовой полости, учитывая повышенную кровоточивость и проницаемость сосудов. Противопоказано применение пломбировочных материалов, требующих протравливания зубов [7, 9].

Продолжение следует

Литература

1. Быков, В. А. Гистология и эмбриология органов полости рта : учеб. пособие для студентов стом. фак. мед. ин-тов / В. А. Быков. СПб. : Спец. литература, 1996. – 247 с.
2. Дедова, А. Н. Острые воспалительные процессы в ткани периодонта : клиника, диагностика, лечение, профилактика / А. Н. Дедова // Стом. журн., 2005. – № 4. – С. 7–9.
3. Елизарова, В. М. Поражение слизистой оболочки полости травматического происхождения / В. М. Елизарова, С. Ю. Стрижова, А. Н. Дроботко // Мед. помощь, 2007. – № 2. – С. 41–43.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н. Ф. Данилевский [и др.]. – М. : Стоматология, 2001. – 271 с.
5. Латышева, С. В. Основы диагностики поражений слизистой оболочки полости рта : учеб.-метод. пособие / С. В. Латышева, В. И. Урбанович. – Минск : БГМУ, 2002. – 57 с.
6. Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10 / ВОЗ. Женева, 1997. – 247 с.
7. Мукозит слизистой оболочки полости рта и глотки : патогенез, классификация, возможности коррекции / А. В. Масленникова [и др.] // Вопр. онкологии. 2006. – Т. 52. – № 4. – С. 379–384.
8. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике / П. И. Ивасенко [и др.]. М. : Мед. книга, 2002. – 96 с.
9. Третьякович, А. Г. Дифференциальная диагностика и принципы лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта : учеб.-метод. пособие / А. Г. Третьякович, Л. Г. Борисенко, И. А. Пишинский. 2-е изд., перераб. и доп. Минск : БГМУ, 2005. – 66 с.
10. Физиотерапия в периодонтологии : принципы, показания и противопоказания : учеб.-метод. пособие / А. Н. Дедова [и др.]. Минск : БГМУ, 2007. – 36 с.
11. Экстренная помощь в стоматологии : пер. с англ. / под ред. Д. А. Фэлэйса. М. : Мед. литература, 1999. – 456 с.

Поступила в редакцию 09.12.2011

В.А Лобко, А.В. Куница

ПРИМЕНЕНИЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГУО «БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ», Г. МИНСК

Резюме. В данной статье приводится клинический пример изготовления конструкций зубных протезов из диоксида циркония. В работе освещены достоинства данной технологии по сравнению с другими: точность, эстетика, сокращение адаптационного периода.

Ключевые слова: диоксид циркония, CAD/CAM, мостовидные зубные протезы

V.A. Lobko, A.V. Kunitsa

THE USE OF DENTURES FROM ZIRCONIUM DIOXIDE IN CLINICAL PRACTICE

BELARUSIAN MEDICAL POSTGRADUATE ACADEMY, MINSK

Summary. In given article the clinical example of manufacturing of a zirconium dioxide bridge dentures is resulted. The paper highlights the advantages of this technology compared with other accuracy, aesthetics, reducing the adaptation period.

Key words: zirconium dioxide, CAD/CAM, bridge dentures

Диоксид циркония – один из новых материалов, применяемых в ортопедической стоматологии для изготовления зубных протезов. Он был открыт ещё в 1789 г. немецким химиком М.Г. Клапротом. С внедрением в стоматологию в 1993 г. компьютерных технологий CAD/CAM (CAD – «computer aided design», CAM «computer aided manufacturing») стало возможным изготавливать зубные протезы с высокой степенью точности, в том числе из диоксида циркония.

Цель исследования. Изучить эффективность применения зубных протезов из диоксида циркония.

Материалы и методы. Диоксид циркония является абсолютно инертным материалом, не вступающим в реакции и не выделяющим токсические вещества, очень лёгким из-за уменьшения толщины каркаса и лёгкости материала, но при этом очень прочным. Он обладает абсолютно гладкой поверхностью, что предотвращает образование микробной бляшки и не вызывает воспаления тканей краевого периодонта, позволяет изготавливать зубные протезы от одной искусственной коронки до зубных протезов восстанавливающих зубной ряд при полной адентии с опорой на дентальные имплантаты. Каркас протеза изначально имеет белый цвет, либо может окрашиваться под цвет нашей будущей конструкции, что даёт возможность максимально приблизить внешний вид зубного протеза к внешнему виду естественных зубов [1, 2].

Зубные протезы изготавливаются путём фрезерования заготовок с последующей их обработкой для придания прочностных и эстетических характеристик. По технологии можно сразу отфрезеровать готовую конструкцию, покрасить её и передать в клинику, а можно изготовить каркас будущего протеза и нанести на него фарфоровое

покрытие. Второй способ позволяет более точно передать индивидуальные особенности естественного зуба (глубину цвета, прозрачность). В качестве опорных элементов могут использоваться интактные зубы, депульпированные зубы и дентальные имплантаты [3, 4].

Депульпированные зубы должны быть укреплены культевыми штифтовидными вкладками из металла или из диоксида циркония. В случае использования в качестве опорных элементов дентальных имплантатов возможно применение заводских циркониевых абатментов, титановых абатментов или индивидуально изготовленных абатментов благодаря наличию в компьютерном фрезерном станке программы, позволяющей фрезеровать абатменты для многих систем дентальной имплантации.

Показания и противопоказания для изготовления зубных протезов на основе диоксида циркония совпадают с показаниями и противопоказаниями к применению МК протезов.

Результаты исследования и их обсуждение.

Клинический пример: в клинику кафедры ортопедической стоматологии БелМАПО обратилась пациентка Б., 49 лет. Из анамнеза: металлокерамические мостовидные протезы и коронки были изготовлены около 18-ти лет назад (рис. 1-2).



Рис. 1. Панорамный снимок до лечения

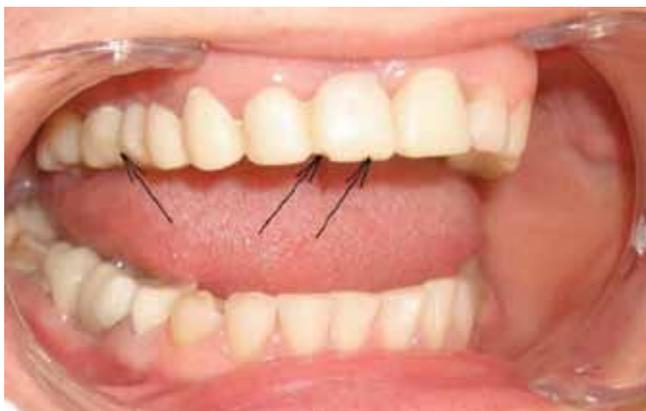


Рис. 2. Осмотр полости рта перед лечением, отмечены сколы покрытия

При осмотре были выявлены сколы и отколы фарфорового покрытия. Пациентка предъявляла повышенные эстетические требования к будущим зубным протезам, поэтому конструкционным материалом был выбран диоксид циркония.

План лечения:

1. Снять МК зубные протезы с 16, 13, 12, 21, 24, 26, 46, 47 зубов;
2. Изготовить временные мостовидные протезы;
3. Удалить – 46 зуб;
4. Депульпировать – 16, 24 зубы;
5. Перепломбировать корневые каналы – 26, 45, 47 зубы;
6. Изготовить культевые штифтовые вкладки в 16, 24, 26, 27, 45, 47 зубы;
7. Изготовить мостовидные протезы на основе диоксида циркония с опорами на 16–13, 12–21, 24–26–27, 45–47 зубы.

Лечение:

Временные мостовидные протезы были изготовлены из «Luxatemp» (DMG). После снятия металлокерамических зубных протезов была проведена терапевтическая и хирургическая подготовка опорных элементов: депульпирование – 16, 24 зубы; перепломбировывание корневых каналов – 26, 45, 47 зубы; удаление – 46 зуб. Во все депульпированные зубы были изготовлены культевые штифтовые вкладки (рис. 3). Согласно плану ле-



Рис. 3. Подготовленные опорные элементы

чения были изготовлены мостовидные протезы с опорами на 16, 13; 12, 21; 24, 26, 27; 45, 47 зубы.

Для получения оттисков мы использовали А-силикон фирмы DMG (Германия) «Silagum». Рабочие модели были изготовлены в зуботехнической лаборатории, и после их компьютерного сканирования было произведено компьютерное моделирование будущей конструкции зубных протезов и её фрезерование в пятиосном фрезерном приборе (CAD/CAM 5-TEC), прокрашивание и упрочнение. После этого работа была передана в клинику для припасовки каркасов с проверкой окклюзионных взаимоотношений с антагонистами (рис. 4).

Были сделаны цифровые фотографии и вместе с работой переданы в зуботехническую лабораторию. Затем была нанесена фарфоровая масса и



Рис. 4. Примерка каркасов протезов

произведена окончательная обработка готовой конструкции. После припасовки протезы были зафиксированы на композитный цемент двойного отверждения фирмы GC (Япония) «G-CEM». Со слов пациентки адаптационный период отсутствовал (рис. 5).

В случае необходимости зубные протезы из диоксида циркония могут соприкасаться со слизистой оболочкой альвеолярного отростка. Это позволяет



Рис. 5. Результат проведённого лечения

изготавливать более эстетичные зубные протезы с восстановлением розового края десны. Особенно это заметно при восстановлении отсутствующих десневых сосочков и при изготовлении зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты.

Изготовление зубных протезов на основе диоксида циркония является современным высокоэстетичным методом.

Внедрение компьютерных технологий позволяет избежать деформаций каркасов, изготавливать зубные протезы при дефиците места, бруксизме. Применение зубных протезов из диоксида циркония с опорой на дентальные имплантаты позволяет добиться хорошего функционального и эстетического результата благодаря возможности

восстанавливать десневой край при атрофии альвеолярного отростка.

Заключение. Зубные протезы на основе диоксида циркония являются одним из вариантов высокоэстетического лечения пациентов с дефектами твёрдых тканей зубов и зубных рядов.

Литература

1. Бойер, Ф., Райнер Л. Шмидт. Оксид циркония – белое золото в протезировании / Ф. Бойер, Л. Райнер, Шмидт // Стоматологический вестник. – 2009. – №6.
2. Schenk, H. Эстетика оксида циркония / H. Schenk // Новое в стоматологии. – 2006. – № 4 (136). – С. 96-104.
3. Гамборена Инаки, Блац Маркус. Предсказуемое создание эстетичных реставраций из керамики на основе оксида циркония. / Гамборена Инаки, Блац Маркус. // Пролаб Ай Кью. – 2006. – №3. – С. 17-29.
4. Hartmut van Blanckenburg, Grosser Hillen. Комплексное планирование терапии и протезирования пациентки с изготовлением коронок и мостовидных конструкций из керамики на основе оксида циркония / Hartmut van Blanckenburg, Grosser Hillen. // Зубное протезирование. – 2004. – №3. – С. 18 – 29.

Поступила в редакцию 02.10.2012



22 ФЕВРАЛЯ 2013 ГОДА
ЦИКЛ ЛЕКЦИЙ БРОО СПЕЦИАЛИСТОВ СТОМАТОЛОГИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ: +375 17 200-19-88
+375 17 200-53-30

WWW.BROOSS.BY
E-MAIL: BROOSS@INBOX.RU

Л.В. Белясова, Белясова Е.М.

ВЛИЯНИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ НА ГОМЕОСТАЗ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Применение зубных паст благоприятно влияет на гомеостаз ротовой жидкости, что способствует снижению риска развития и прогрессирования стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: гомеостаз ротовой жидкости, зубные пасты

L.V. Belyasova, E.M. Belyasova

THE INFLUENCE OF TOOTHPASTE ON HOMEOSTASIS OF MOUTH FLUID

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The application of toothpaste influences favorably on homeostasis of mouth fluid, which reduce the risk of dental disease.

Key words: homeostasis of mouth fluid, toothpaste

Название «Лакалют» происходит от главного активного вещества, входящего в состав зубных паст, – ЛАКТАТ АЛЮМИНИЯ. Лактат алюминия оказывает вяжущее, укрепляющее, тонизирующее действие, предотвращает воспаление и кровоточивость десны. Широкий ассортимент паст серии LACALUT позволяет подобрать оптимальную комбинацию с учетом состояния зубов и десны.

Пасты обладают выраженным лечебно-профилактическим действием, содержат уникальный фторидный комплекс (аминофторид), оказывающий мощный антикариозный эффект.

При производстве паст LACALUT специалисты немецкого концерна «Dr. Theiss Naturwaren GmbH» строго контролируют размер частиц абразивно-полирующего компонента. За счет этого зубные пасты серии LACALUT имеют строго оопределенный показатель абразивности по шкале RDA и обеспечивают эффективную чистку в сочетании с бережным отношением к эмали.

Известно, что общесоматические заболевания, воздействие ятрогенных факторов, влияние внешней среды, стоматологические болезни могут влиять на гомеостаз ротовой жидкости [1]. В научной медицинской литературе имеются единичные сообщения о влиянии зубных паст на биофизические параметры ротовой жидкости [2].

В связи с вышеизложенным, **целью** нашего исследования явилась оценка гомеостаза ротовой жидкости у студентов медицинского вуза, использующих пасты серии LACALUT.

Материалы и методы исследования. В исследование включили 78 практически здоровых не курящих студентов медицинского университета в возрасте 20–24 года. Пациенты, включенные в исследование, не имели статистически значимых отличий по показателям стоматологического статуса (ОНИ-S – $3,7 \pm 0,4$; GI – 1,7; КПУ – $13,7 \pm 0,4$). Состояние гомеостаза фиксировали в специально разработанных картах обследования, включающих данные о субъективных ощущениях пациента и показатели теста тягучести (ТТ) слюны (Л.В. Белясова, 1994).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате обследования установили нарушения гомеостаза ротовой жидкости у 16 человек. Жалобы на сухость рта предьявляли 10,1 % обследованных.

Использование теста тягучести слюны дало возможность выявить повышенную вязкость слюны у 22,2 % обследованных, что в 1,2 раза выше, чем по данным анкетирования.

У 57 пациентов с высокими показателями вязкости слюны (ТТ = 2+), оценивали влияние контролируемой гигиены рта на гомеостаз ротовой жидкости. Контролируемая чистка зубов проводилась с использованием пасты серии LACALUT.

Установлено, что через 10 минут после 3-х минутной чистки зубов тест тягучести снижался до средне отрицательного у 39,7 % пациентов. В течение следующих 1–1,5 часов эти показатели оставались без изменения. Через 2 часа показатель вязкости слюны увеличился и был оценен как низкоположительный (ТТ = 1+). В течение указанного времени пациенты сухости во рту не ощущали.

Контрольное обследование 31 пациента, которые чистили зубы пастой LACALUT в течение 3-х месяцев, показало, что тест тягучести оставался слабopоложительным. Это значительно лучше первоначальных результатов обследования. Пациенты также отмечали уменьшение сухости в ротовой полости рта при регулярном использовании этой зубной пасты.

Заключение. Одним из возможных путей уменьшения вязкости слюны и нормализации гомеостаза ротовой жидкости является правильный и регулярный уход за зубами.

Таким образом, использование лечебно-профилактических зубных паст серии LACALUT и регулярной контролируемой чистки зубов способствует улучшению гомеостаза ротовой жидкости, что дает возможность снизить риск прогрессирования имеющихся и предупредить развитие новых стоматологических заболеваний.

Список литературы находится в редакции журнала.

Поступила в редакцию 02.11.2012

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ИННОВАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ» 6 АПРЕЛЯ 2012 Г.

О.В. Кандрукевич, Ю.А. Толкач

ПРОБЛЕМА ГАЛИТОЗА

В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ Г. МИНСКА

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Изучена распространенность и факторы риска галитоза.

Ключевые слова: галитоз, факторы риска

O.V. Kandrukevich, U.A. Tolkach

THE PROBLEM OF HALITOSIS IN DIFFERENT AGE GROUPS IN MINSK

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. Prevalence and risk factors of halitosis are studied.

Key words: halitosis, risk factors

Галитоз (Halitosis, соматодисодия, озостомия) – термин для обозначения устойчивого неприятного запаха воздуха, выдыхаемого человеком. Различают оральный галитоз, причиной которого являются факторы, связанные со стоматологическим статусом, и экстраоральный галитоз, возникновение которого не связано со стоматологическим статусом [1, 3].

Несвежее дыхание обусловлено наличием в выдыхаемом воздухе летучих соединений, обладающих неприятным запахом: сероводорода, метилмеркаптана, диметилсульфида. Эти вещества являются в большинстве случаев продуктами жизнедеятельности: *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides Forsythus*, а также *Treponema denticola*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella negrescens* и ряда других микроорганизмов [1, 2, 3].

Цель – выявить степень осведомленности о проблеме несвежего дыхания и факторы риска галитоза среди разных возрастных групп населения г. Минска.

Материалы и методы. Проведено анкетирование и клинический осмотр 96 человек в возрасте 25–55 лет. При осмотре учитывали зубную формулу и индексы ОНI-S (S.C. Green, S.R. Vermillion, 1964); GI (Loe, Silness, 1963); языка WTC (E. Winkel, 1998); галитоза ВГУ (С. Улитовский, 2004) [4]; тест тягучести слюны (П.А. Леус, Л.В. Беясова, 1995); тест с салфеткой и зубной нитью.

Результаты исследования и их обсуждение. Более 60 % респондентов считали, что галитоз в значительной степени влияет на восприятие человека окружающими. Однако 8 % лиц в возрасте 45–54-х лет полагали, что галитоз на отношения с

окружающими не влияет. 31 % опрошенных возрастной группы 45–54-х лет отметили заболевания желудочно-кишечного тракта как основную причину возникновения неприятного запаха изо рта. Считают необходимым обратиться к врачу-стоматологу при галитозе 85 % студентов БГМУ и 80 % лиц 25–44-х лет. Большинство из них – люди, профессиональная деятельность которых связана с общением. 53 % респондентов в возрасте 45–54-х лет не видят необходимости обращения к стоматологу при галитозе. С увеличением возраста увеличивается и процент лиц, полагающих, что жевательные резинки, освежающие конфеты могут решить проблему галитоза. Из 96 обследованных у 32 (33,3 ± 2,3 %) определили наличие галитоза. Из них у 75 ± 4,2 % – выявлены заболевания ротовой полости, у 37,5 ± 3,4 % – заболевания ЖКТ, у 75 ± 4,2 % – вредные привычки (курение, алкоголь), особенности питания (употребление лука и чеснока). У людей с наличием галитоза индекс галитоза (ВГУ) в среднем составил 2,6 балла, что можно интерпретировать, как значительное ухудшение стоматологического здоровья. У лиц без галитоза индекс ВГУ в среднем составил 0,16 балла, что говорит о хорошем состоянии здоровья ротовой полости. У лиц с галитозом индекс языка значительно выше, чем у лиц свободных от галитоза: WTC = 5,4 и 1,2 баллов соответственно. При галитозе определяли плохую гигиену ротовой полости (ОНI-S – 2,6). Десневой индекс (GI) составил 1,8 балла при галитозе и 0,9 балла у лиц без галитоза. По данным исследования выяснилось, что наиболее подвержены риску возникновения галитоза пациенты с периодонтитом и

гингивитом (средней, тяжелой степени тяжести). Среди лиц с галитозом выявлена более высокая распространенность положительного теста тягучести слюны.

Заключение. Выявлен недостаточный уровень осведомленности о факторах риска и необходимости устранения галитоза в возрастной группе пациентов 25–55 лет.

Возможными факторами риска экстраорального галитоза являются: заболевания желудочно-ки-

шечного тракта, дыхательной системы, вредные привычки (алкоголь, курение). Факторы риска орального галитоза: неудовлетворительная (плохая) гигиена ротовой полости, болезни периодонта, налет на языке, нарушение слюноотделения.

Информированность врачей-стоматологов и пациентов о возможных факторах риска галитоза повысит эффективность диагностики и планирования лечебно-профилактических мероприятий на стоматологическом приеме.

Литература

1. Авраамова, О.Г. Галитоз: обзор новой проблемы в стоматологии / О.Г. Авраамова // Труды Второй Всероссийской конференции по клинической имплантологии. – Самара. – 2002. – С. 22–30.
2. Авраамова, О.Г. Изучение галитоза у лиц с заболеваниями ЖКТ и полости рта / О.Г. Авраамова, Д.Н. Бахмутов // Институт стоматологии. – 2004. – № 4 (25). – С. 86–87.
3. Попруженко, Т.В., Шаковец, Н.В. Галитоз : учеб.-метод. пособие / Т.В. Попруженко, Н.В. Шаковец. – Минск : БГМУ, 2005. – 24 с.
4. Улитовский, С.Б. Оценка состояния языка / С.Б. Улитовский // Маэстро стоматологии. – 2006. – № 4. – С. 39–45.

Т.Б. Людчик, А.Б. Голынский, Е.В. Алиновская

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ЗА 2006–2010 ГГ.

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Проведен анализ травматических переломов верхней челюсти по данным стационаров 9-ой и 11-ой клинических больниц г. Минска в период с 2006 по 2010 гг., изучена структура травмы верхней челюсти, определены приоритетные методы лечения.

Ключевые слова: перелом верхней челюсти, остеосинтез

T.B. Liudchik, A.B. Golynskiy, E.V. Alinovskaya

TRAUMATIC FRACTURES MAXILLA ACCORDING TO CLINICAL DATA THE CLINIC MAXILLO-FACIAL SURGERY FROM 2006 TILL 2010

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The analysis of traumatic fractures maxilla have been held according to the data of the hospital 9th and 11th Minsk city during the period from 2006 to 2010. Have been studied the structure of the maxilla trauma, identified priority methods of the treatment.

Key words: maxilla fractures, osteosynthesis

Введение. Переломы верхней челюсти – наиболее тяжелые повреждения – составляют от 2,5 до 3 % всех переломов костей лицевого скелета [1, 2]. Переломы верхней челюсти бывают изолированными и сочетанными. В большинстве клиник принята классификация поперечных переломов, предложенная Ле Фор. Однако бывают и саггитальные переломы в области срединного небного шва (компрессионные). Чаще всего переломы несимметричны. Как правило, переломы верхнего и среднего типа по Ле Фор относятся к сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травме и могут сопровождаться скрытой или явной ликвореей. Таким пострадавшим экстренная помощь оказывается бригадой, состоящей из нейрохирургов, челюстно-лицевых хирургов и, при необходимости, офтальмологом и оториноларингологом. Первичная госпитали-

зация этой категории пациентов осуществляется в отделение нейрохирургии или в отделение челюстно-лицевой хирургии с учетом преобладания тяжести травмы.

Характер и тяжесть травмы, значительное усугубление неблагоприятных условий питания – всё это в полной мере отражается на характере лечебных мероприятий, используемых в каждом конкретном случае.

Цель исследования: проведение анализа травматических переломов верхней челюсти по данным стационаров 9-ой и 11-ой клинических больниц г. Минска в период с 2006 по 2010 гг.

Задачи исследования:

- 1) изучить частоту встречаемости травматических переломов верхней челюсти среди госпитализированных больных;
- 2) изучить структуру переломов верхней челю-

Таблица 1. Длительность пребывания пациентов в стационаре за период с 2006 по 2010 гг.

Метод лечения	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Средняя длительность стационарного лечения, дни
Ортопедическое лечение (шинирование)	9,3	11	12,5	11,3	10,6	10,94
Хирургическое лечение (остеосинтез)	-	23,5	11,5	11,5	11	14,38

сти среди госпитализированных больных с травматическими повреждениями верхней челюсти;

3) проанализировать среднюю длительность пребывания пациентов с данной патологией в стационаре в зависимости от метода лечения.

Объекты и методы исследования: пациенты с травматическими переломами верхней челюсти, госпитализированные в отделение челюстно-лицевой хирургии №1 за период 2006–2010 гг.

Единица наблюдения: пациент с травматическим переломом верхней челюсти.

Признаки:

- 1) клинический диагноз;
- 2) метод лечения;
- 3) количество дней пребывания в стационаре.

Вид исследования: не сплошное, выборочный метод, текущее наблюдение, документальное исследование (по данным Медицинской карты стационарного больного (форма № 033-у/07) пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии №1 9-ой и 11-ой клинических больниц г. Минска в 2006–2010 гг.

Результаты исследования и их обсуждение.

При анализе данных документального исследования было отмечено, что за хирургической помощью при травматических переломах верхней челюсти обращались пациенты разного возраста. Однако наибольшая обращаемость с травматическими переломами верхней челюсти выявлена в возрастной группе 20–29 лет. Достаточно редки случаи обращаемости по этому поводу в возрастных группах до 18 лет и после 50. Значительно чаще переломы верхней челюсти наблюдались у мужчин – 93,2 % случаев, и только 6,8 % обратившихся за помощью – женщины. Таким образом, среди пациентов с данной патологией преобладают мужчины трудоспособного возраста, что придаёт проблеме социальный характер. Обращает на себя внимание и то, что около 41,2 % пациентов с травмами верхней челюсти не работали на момент получения травмы и обращения в стационар, хотя и находилось в трудоспособном возрасте. Кроме того, в 35,3 % случаев пациенты были в состоянии алкогольного опьянения.

Удельный вес травматических переломов верхней челюсти в патологии челюстно-лицевой области среди госпитализированных больных за 2006–2010 гг.: 2006 г. – 2,24 % (15 случаев), 2007 г. – 4,86 %

(30), 2008 г. – 2,99 % (21), 2009 г. – 2,82 % (20), 2010 г. – 2,97 % (16). Средняя частота встречаемости 3,2 %.

При анализе структуры травматических переломов верхней челюсти за 2006–2008 гг. было выявлено 70,5 % случаев переломов верхней челюсти по типу Ле Фор 2, что позволяет говорить о преобладании более тяжелых форм за счет сочетанной черепно-лицевой и черепно-мозговой травмы, следовательно, и удлинении сроков лечения в таких случаях.

Длительность пребывания пациентов в стационаре снизилась за период времени с 2006 по 2010 гг. при ортопедических методах лечения с 12,5 до 10,94 дней, а при хирургических с 23,5 до 14,4 дней (табл. 1). Более длительные сроки лечения при хирургическом методе объясняются более тяжелой травмой, смещением фрагментов и сочетанием с черепно-мозговой симптоматикой.

Выводы:

1. Распространённость травматических переломов верхней челюсти среди всех госпитализированных больных за анализируемый период с 2006 по 2010 гг. составила в среднем 3,2 % от переломов костей лицевого скелета, что соответствует среднему мировому уровню данной патологии.

2. Отмечается снижение частоты встречаемости переломов верхней челюсти среди других повреждений челюстной области с 2007 по 2010 гг. на 39,3 % случаев.

3. В структуре переломов верхней челюсти ведущее место занимают переломы верхней челюсти по типу Ле Фор 2, который сочетается с черепно-мозговой травмой.

4. Средняя длительность пребывания больных в стационаре за период 2007–2010 гг. при хирургическом лечении снизилась на 46,8 %, что свидетельствует об обоснованном расширении показаний к остеосинтезу.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ позволил установить, что, несмотря на незначительное снижение количества госпитализаций с травматическими переломами верхней челюсти, основная масса таких пациентов требует стационарного лечения с последующей хирургической обработкой повреждений костного скелета, причем сроки стационарного лечения сокращаются в связи с расширением показаний к остеосинтезу костей лицевого скелета.

Е.В. Максимович

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОБЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИХ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В последние годы частота использования местных анестетиков в стоматологической практике значительно увеличилась, пациенты предпочитают, чтобы при проведении даже незначительных вмешательств они не чувствовали ни малейшего дискомфорта. К тому же следует отметить, что при агрессивной рекламе и маркетинговом давлении не только на врачей, но и на пациентов важно аргументированное использование лекарственных препаратов, в том числе и местных анестетиков. Все это повышает ответственность врача за правильный выбор как метода анестезии, так анестезирующего лекарственного средства.

Ключевые слова: местная анестезия, безопасность, профилактика осложнений, местные анестетики

E.V. Maksimovich

PREDICTION OF THE GENERAL COMPLICATIONS OF LOCAL ANESTHETICS IN APPLYING THEM ON AMBULATORY STOMATOLOGICAL PRACTICE

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. In recent years, the frequency of use of local anesthetics in dental practice has increased significantly, patients prefer to have during even minor procedures, they did not feel the slightest discomfort. It should also be noted that the aggressive advertising and marketing pressure not only to doctors but to patients important persuasive use of drugs, including local anesthetics. All this increases the responsibility of the physician for the correct choice of anesthetic or local anesthetic.

Key words: local anesthesia, safety, prevention of complications, local anesthetics

Введение. Развитие осложнений при применении местных анестетиков возможно при нарушении общего состояния пациентов, в том числе и при патологии печени, так как данные пациенты относятся к лицам с медленным типом метаболизма. Для профилактики данной группы осложнений следует тщательно собирать анамнез с целью правильного выбора анестетика [1, 2]. В настоящее время наиболее часто в стоматологической практике применяются местные анестетики из группы аминоамидов, метаболизирующихся в печени [3]. Соответственно, при наличии патологии гепатобилиарной системы метаболизм данной группы лекарственных средств изменяется, удлиняется период полураспада (кроме артикаина), повышается гепатотоксическое действие, и, как следствие, у пациентов данной категории возрастает риск развития общих осложнений – токсических реакций.

Цель исследования – выявление частоты патологии печени у стоматологических пациентов.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 100 человек из числа пациентов, обратившихся за специализированной помощью в учреждение здравоохранения «5-я городская поликлиника» г. Минска в соответствии с разработанным перечнем вопросов о наличии у опрошиваемых симптомов, свидетельствующих о патологии печени на основании данных специальной литературы, выявлялся уровень обследованности

пациентов, частота проведения общих и биохимических анализов крови. 10 пациентам был проведен биохимический анализ крови с определением уровня ферментов, свидетельствующих о функциональном состоянии печени (5 пациентов не имели патологии гепатобилиарной системы, у 5 пациентов имелась патология гепатобилиарной системы). Данные субъекты составили 1-ую группу. Также были изучены 100 стоматологических амбулаторных карт пациентов, составивших 2-ую группу (контрольную).

Результаты исследования и их обсуждение. Среди субъектов 1-ой группы средний возраст $29 \pm 3,7$ лет, женщин было $64 \pm 0,63$ %, мужчин – $35 \pm 0,37$ %; $70 \pm 0,7$ % анкетированных регулярно проходят комплексные медицинские осмотры по месту работы либо учебы, либо имеют соматическую патологию с регулярным стационарным лечением. $29 \pm 0,3$ % анкетированных лиц обследуются нерегулярно. В 1-й группе патология печени была выявлена у $52 \pm 0,4$ % пациентов. В том числе: желчекаменная болезнь, хронический холецистит, постхолецистэктомический синдром ($30 \pm 0,5$ %), перенесенные острые и хронические гепатиты ($13 \pm 0,4$ %), тяжелые отравления и токсикоинфекции $8 \pm 0,5$ %. При проведении биохимического анализа крови у пациентов с выявленной патологией печени наблюдалось повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего, прямого билирубина, уровня активности ЩФ. К группе риска были также отнесены пациен-

ты с хроническим алкоголизмом, женщины с тяжелыми токсикозами беременности, резус-конфликтом $39 \pm 0,6 \%$, пациенты, перенесшие туберкулез ($3 \pm 0,7 \%$), пациенты, перенесшие химиотерапию ($1 \pm 0,2 \%$).

Изучение стоматологических амбулаторных карт пациентов группы контроля только у 9 % пациентов в анамнезе позволило выявить такие сопутствующие заболевания, как гепатит, а у 2 % – жел-

чекаменную болезнь.

Заключение. Для прогнозирования развития общих осложнений у стоматологических пациентов на амбулаторном приеме необходимо уделять больше внимания сбору анамнеза с целью выявления печеночной патологии, что имеет важное практическое значение при выборе местного анестетика и расчета его дозы с учетом печеночного клиренса.

Литература

1. Баард, Ж.А. Местная анестезия в стоматологии: пер. с англ. / Ж.А. Баард, Х.С. Бранд. – М. : «Мед. лит.», 2010. – 208 с.
2. Белоусов, Ю.Б. Клиническая фармакокинетика. Практика дозирования лекарств: спец. выпуск серии «Рациональная фармакотерапия» / Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич. – М. : «Литтерра», 2005. – 288 с.
3. Кржечковская, В.В. Лекарственные средства в анестезиологии. Местные анестетики / В.В. Кржечковская, Р.Ш. Вахтангишвили. – Ростов-на-Дону : «Феникс», 2006. – 192 с.

С.И. Миранович, Н.Н. Черченко

ПЛАСТИКА ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В работе рассказывается о результатах лечения 42 пациентов с мелким преддверием полости рта. Применена шина-пелот, которая позволила улучшить результат хирургического лечения и уменьшить количество осложнений.

Ключевые слова: шина, преддверие полости рта, осложнения

S.I. Miranovich, N.N. Cehrchenko

PLASTIC SURGERY ON ORAL VESTIBULE

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The study presents the treatment results in 42 patients with small oral vestibules. A splint was used which allows to improve the results of surgical treatment and to decrease the probability of postoperative complications.

Key words: splint, oral vestibules, complications

Недостаточная глубина преддверия полости рта определяется наличием аномалий прикрепления мягких тканей к альвеолярному отростку в виде мощных соединительнотканых тяжей переходных складок. Количество пациентов, нуждающихся в хирургическом вмешательстве в области преддверия полости рта, может достигать 30 % от общего числа пародонтологических больных.

Патогенетическим механизмом развития маргинального периодонтита является нарушение капиллярного кровотока десны и тканей пародонта.

Во время артикуляции и жевания происходит периодическое нарушение кровотока, приобретающее характер хронической травмы, что клинически определяется положительным симптомом «натяжения».

Даже при видимом благополучии состояния зубов и десны в костных тканях десны можно обнаружить наличие деструктивных изменений.

При мелком преддверии полости рта проводят различные способы вестибулопластики. Применение закрытых способов вестибулопластики часто приводит к рецидиву или к рубцовой дефор-

мации преддверия.

Для формирования преддверия в послеоперационном периоде в литературе описаны различные устройства, которые изготавливаются зубным техником. Мы применили шину-пелот, которую изготавливает врач в условиях хирургического кабинета перед операцией [2].

Целью данного исследования явилась разработка и изучение результатов применения специального устройства шины-пелот для лечения мелкого преддверия полости рта, разработанного на кафедре челюстно-лицевой хирургии БГМУ и внедренного в лечебные учреждения Республики Беларусь.

Получен патент на полезную модель от 3 января 2005 г. № 1892 [3].

Материал и методы. На базе 4 городской и железнодорожной стоматологической поликлиник прооперировано 42 пациента с мелким преддверием полости рта по методике Г.В. Кручинского, А.С. Артюшкевича [1]. После анестезии основной разрез делали по гребню уздечки от места ее прикрепления, не доходя до края красной каймы на 0,5 см.

Два дополнительных разреза проводили под углом 70–75 градусов от краев основного: один по альвеолярному отростку, другой по слизистой оболочке нижней губы. Остро и тупо отслаивали сухожилия мышц подбородка книзу на глубину 1,0–1,5 см. После этого треугольные лоскуты мобилизовали в подслизистом слое, взаимно перемещали и фиксировали швами.

Для формирования преддверия полости рта мы использовали вышеуказанную шину-пелот в течение 10–14 дней, т.к. без ее применения развивается рубцовая деформация преддверия и возможен рецидив.

Устройство используется для формирования глубокого преддверия полости рта в послеоперационном периоде и легко изготавливается врачом следующим образом: ортодонтическая проволока длиной 150–160 мм и диаметром 0,6 мм изгибается вручную и фиксируется в форме кольца с предварительно надетой на нее силиконовой трубкой. Образовавшийся узел перемещается в полость силиконовой трубки длиной 42–47 мм и диаметром 6–8 мм. Затем та часть кольца, где имеется силиконовая трубка, выгибается по рельефу альвеолярного отростка нижней челюсти, а открытый

участок по рельефу фронтальной группы зубов и фиксируется к ним проволочными лигатурами. Силиконовая трубка имеет 5–7 перфорационных отверстий диаметром 2,0–3,0 мм для орошения области операционного поля растворами антисептиков во время перевязок. Швы снимали пациентам в день удаления шины.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенной методики у всех оперированных пациентов мы отмечали увеличение глубины преддверия полости рта в среднем на 5,0 мм. Мы не наблюдали послеоперационных рубцовых деформаций, а также рецидивов мелкого преддверия полости рта.

Спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства глубина преддверия полости рта соответствовала физиологической.

Заключение.

1. Предложенная нами шина может использоваться при мандибулярной вестибулопластике, т.к. уменьшает количество осложнений в послеоперационном периоде и способствует улучшению результатов хирургического лечения.

2. Шина-пелот проста в изготовлении, участие зубного техника не требуется.

Литература

1. Артюшкевич, А.С. Заболевания периодонта. / А.С. Артюшкевич, С.В. Латышева, С.А. Наумович, Е.К. Трофимова – М. : Мед. лит., 2006. – 328 с.
2. Миранович, С.И. Шина-пелот при мандибулярной вестибулопластике. / Актуальные вопросы стоматологии. Материалы 4-й международной научно-практической конференции по стоматологии. Минск – 2007 – с.57.
3. Чудаков, О.П., Миранович, С.И., Черченко, Н.Н. / Патент на полезную модель N-1892 от 01.08.2005.

АВТОТРАНСПОРТНАЯ ТРАВМА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В работе описаны результаты лечения 54 пострадавших от автотранспортной травмы челюстно-лицевой области. Представлены особенности клинических проявлений, диагностики и лечения пострадавших от транспортной травмы.

Ключевые слова: автотранспортное происшествие, диагностика, осложнения

S.I. Miranovich, N.N. Cehrchenko

MAXILLOFACIAL INJURIES RESULTED FROM ROAD TRAFFIC ACCIDENTS

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The data on 52 patients with maxillofacial injuries resulted from road traffic accidents is given in the study. Clinical presentations, examination and treatment methods in patients with maxillofacial injuries resulted from road traffic accidents are specified.

Key words: road traffic accidents, examination, complications

В последнее десятилетие отмечена тенденция к значительному увеличению числа пациентов с автотранспортными травмами челюстно-лицевой области. Актуальность проблемы диагностики и оказания своевременной квалифицированной и специализированной помощи при дорожно-транспортных происшествиях, когда на первое место выступает

политравма, очевидна. На сегодняшний день дорожно-транспортная травма челюстно-лицевой области составляет 34,8–63,3 % от других видов травм [1, 2].

Цель работы: изучить особенности клинических проявлений, диагностики и лечения пострадавших от транспортной травмы.

Материалы и методы. В клинике челюстно-ли-

цевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета за три года проходили лечение 1702 пациента с травмами лица, из них с травмами полученными в автоавариях, – 54 (3,2 %). В числе пострадавших мужчин было 36 (66,7 %), женщин 18 (33,3 %), средний возраст больных – в пределах от 20 до 45 лет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ клинического материала выявил преобладание сочетанной травмы – 98,2 % по сравнению с изолированной – 1,8 %, а также множественные ушибы и повреждения мягких тканей лица – 33,3 %.

Трудности диагностики сочетанной травмы у пациентов при повреждении лицевого скелета прежде всегда были обусловлены полиморфизмом местных клинических симптомов и функциональных нарушений, которые полностью или частично маскировали церебральную патологию.

Пострадавшие, поступившие в клинику со средней (29,6 %) и тяжелой (1,9 %) черепно-мозговой травмой, обследовались и лечились в нейрохирургическом отделении, где ЭХО-ЭГ были проведены 12 больным, диагностическая спинно-мозговая пункция – 7 пациентам. После улучшения неврологического статуса больные переводились в отделение челюстно-лицевой хирургии для специализированного лечения.

Повреждения лицевого черепа нами были распределены по локализации на 3 основные топографоанатомические зоны. К первой отнесены повреждения нижней трети лица; так, односторонние переломы нижней челюсти имели место у 6 (11,1 %) пациентов, двухсторонние – у 4 (7,4 %), множественные – у 2 (3,7 %). Ко второй зоне повреждений мы относим повреждения медиального отдела средней трети лица. Так, переломы верхней челюсти по Ле-Фор I имели место у 5 (9,3 %) пациентов, по Ле-Фор II – у 1 (1,9 %), переломы скуловых дуг – у 2 (3,7 %) больных, костей носа – у 4 (7,4 %) пострадавших. К третьей зоне отнесены повреждения латерального отдела средней зоны лица: переломы верхней челюсти по Ле-Фор III наблюдались у 3 (5,6 %) больных, скуловых костей и дуг – у 4 (7,4 %), переломы верхней и нижней челюсти – 1 (1,9 %), верх-

ней челюсти скуловых и лобных костей 1 (1,9 %). 11 (20,3 %) пациентов лечились с различными ранами лица сочетанными с черепно-мозговой травмой.

Всем больным, поступившим в клинику, после выведения из шока, стабилизации гемодинамики и функций жизненно важных органов проводилась первичная хирургическая обработка ран, линий переломов с репозицией и фиксацией, по показаниям, не позднее 24–36 часов с момента травмы. Хирургическое лечение проводилось на фоне комплексной противовоспалительной терапии, а также специальных методов обследования.

Средняя продолжительность лечения в стационаре 54 пациентов после автомобильной травмы составила 975 койко-дней. В среднем каждый больной лечился в течение 18 дней. Следует отметить следовые реакции психотравмы в виде подавленности психики внезапною катастрофы, что в конечном итоге сказывалось на длительности лечения пациентов.

У одного пациента в результате сложного генеза сочетанной травмы выявлена полная глухота на оба уха, двое – нуждались в дополнительных корригирующих и восстановительных видах терапии. Летальных исходов не было.

Заключение. Нельзя не отметить трудности, возникающие при оказании помощи пострадавшим в автомобильных катастрофах: 1) необходимость быстрой и точной диагностики характера и тяжести повреждений (нередко полное обследование пациента сразу не удается провести из-за тяжелого состояния); 2) определение ведущего повреждения по тяжести и принятие решения о необходимом объеме последовательных и оперативных вмешательств; 3) необходимость распознавания в максимально короткое время характера наиболее опасных для жизни осложнений травмы (кровопотеря, острые нарушения дыхания, ЧМТ); 4) своевременное начало эффективных мероприятий по их устранению.

Наш опыт показывает, что у пациентов, пострадавших в автоавариях значительно чаще выявляются множественные и сочетанные травмы челюстно-лицевой области.

Литература

1. Олешкевич Ф. В. Травмы головы и шеи : справ. для врачей / Ф.В. Олешкевич и др. Минск: Беларусь. 1999. С. 280–287.
2. Чудаков О.П. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанной и множественной травмой челюстно-лицевой области. Учебно-методическое пособие / О.П. Чудаков, С. И. Миранович. Минск, 2007. – С. 10–11.

Л.Е. Мойсейчик, С.В. Самсонов, Г.П. Богдан

ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Важнейшей психологической проблемой в онкологии является проблема реакции личности на болезнь. Клинические особенности психогенных реакций у онкологических больных связаны с различными этапами диагностики и лечения. В рамках общего психотерапевтического подхода реабилитационной психотерапией должны владеть не только врачи-психотерапевты, но и весь медперсонал, участвующий в лечении пациентов, и начинать ее необходимо в ранние сроки.

Ключевые слова: реабилитация; психогенные реакции; преморбид личности, психотерапия

L.E. Mojseychik, S.V. Samsonov, G.P. Bogdan

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION THE ONCOLOGICAL PATIENTS IN DENTISTRY

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. An important psychological problem in oncology is the individual reaction to illness. Clinical features of the psychogenic reactions in cancer patients are associated with different stages of diagnosis and treatment. As part of a general psychotherapeutic approach the rehabilitative psychotherapy must possess not only physicians, psychotherapists, but also the all medical staff which involved in the patient treatment, and it must begin at an early stage.

Key words: rehabilitation, psychogenic reactions, premorbid, personality, psychotherapy

Введение. Реабилитация онкологических больных является системой различных воздействий и мероприятий (медицинских, социальных, профессиональных), направленных на максимальное восстановление личного и социального статуса онкологического больного. Сущность медицинской реабилитации заключается в восстановлении утраченных функциональных и психологических особенностей больного.

Важнейшей психологической проблемой в онкологии является проблема реакции личности на болезнь. Диагноз «рак» или даже просто госпитализация в онкологическую клинику являются сильнейшей психологической травмой. Разрушаются привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, существенно перестраивается личность больного, изменяется система ценностей и эталонов. Больной стоит перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Целью исследования явилось выявление реакции личности на наличие онкологического заболевания, изучение и клиническая оценка психического состояния больных на различных этапах болезни, установление связи между преморбидным состоянием больного и психогенными расстройствами.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 19 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет. Из них 12 мужчин и 7 женщин. У всех больных диагноз злокачественной опухоли был верифицирован. В своей работе для оценки психического состояния мы использовали опросник Айзенга. Работа проводилась совместно

с врачом-психотерапевтом.

Результаты исследования и их обсуждение.

При клинко-психологическом анализе среди психогенных реакций у онкологических больных нами выявлено 5 основных синдромов: а) тревожно-депрессивный; б) тревожно-ипохондрический; в) астеноипохондрический; г) обсессивно-фобический; д) дисфорический. При этом ведущими психопатологическими симптомами являлись тревога, страх, тоска, ипохондричность, апатия, астения, дисфория. Данное многообразие психогенных реакций связано с различными этапами (диагностика, лечение), на которых находились пациенты. Учет этих этапов необходим для оценки и прогноза психического состояния больных.

Первый этап – диагностический (поликлинический) являлся для больных наиболее травмирующим и характеризовался психогенными реакциями на уже соматически измененной почве. На этом этапе тревожно-депрессивный синдром выявлен в 60,84 % всех наблюдений. У пациентов, преморбид которых отличался чертами активности, преобладали тревога и страх. У пассивных, астеничных пациентов на первый план выступала депрессивная симптоматика. Дисфорический синдром – в 14,16 % случаев. Третье место на данном этапе принадлежало тревожно-ипохондрической (10,87 %) и астеноипохондрической (10,87 %) симптоматике.

На втором этапе – «поступления в клинику» отмечалось некоторое снижение интенсивности переживаний. Это связано с построением компенсаторной формы психологической защиты типа «Я болен, возможно, у меня рак, но я нахожусь в больнице под наблюдением квалифицированных врачей, которые мне помогут». На данном этапе

преобладал тревожно-депрессивный синдром в 54,2 % случаев. Тревога была связана с желанием как можно быстрее начать лечение. Дисфорический синдром – (19,25 %). Тревожно-ипохондрические расстройства наблюдались у 15,65 % больных. Обсессивно-фобический синдром имел тенденцию к нарастанию (8,5 %), а вот распространенность астеноипохондрического синдрома снизилась до 2,4 %.

На предоперационном (предлечebном) этапе вновь определялся резкий подъем интенсивности психогенных переживаний, оживление всякого рода суеверий, вплоть до появления религиозных представлений о жизни и смерти. При тревожно-депрессивном синдроме (60,56 %) главным становится страх возможной гибели в процессе лечения. Появляются параноидальные расстройства (2,85 %), проявляющиеся в виде агрессии, попыток совершения суицидных поступков.

На четвертом «послеоперационном» (послелечebном) этапе резко снижалась степень выраженности всех отрицательных переживаний больных, что подчеркивало психогенную природу описываемых явлений. Дисфорический синдром (33 %) проявлялся в постоянном недовольстве результатами лечения. Среди других синдромов можно выделить появление апатического синдрома (20 %). Больные вялые, безучастные, говорят, что у них нет сил радоваться успешному исходу лечения.

На этапе «выписки» из стационара астеноипохондрические реакции занимали первое место (40 %), далее – тревожно-ипохондрические (26,15 %), апа-

тические (18,45%), тревожно-депрессивные (10,8%), обсессивно-фобические (4,6 %). Психогенные реакции имели общий источник: это неуверенность в своем будущем, тревоге перед перспективой возвращения домой в качестве инвалида. Психотравмирующими факторами являлись мысли о неполном, частичном выздоровлении, об отсутствии радикальных средств излечения.

Заключение.

1. Клинические особенности психогенных реакций у онкологических больных связаны с различными этапами (диагностика и лечение), на которых находятся больные.

2. Прослеживается определенная связь между особенностями преморбидной личности онкологического больного и развивающимися у него психогенными расстройствами.

3. В рамках общего психотерапевтического подхода необходимо проводить мотивационную психотерапию. Нужно помочь больному найти новый смысл жизни, новые цели, сделать их не просто «знаемыми», а реально действующими.

4. Реабилитационную психотерапию необходимо начинать как можно в более ранние сроки (рациональную психотерапию, суггестию – внушение и отвлекающую терапию). Лучше, если больной не будет до конца знать, что с ним, чем, зная это, будет думать о том, сколько ему осталось жить.

5. Психотерапевтическими навыками при работе с онкологическими больными должны владеть не только врачи-психотерапевты, но и весь медперсонал, участвующий в лечении пациентов.

О.М. Павлов

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АКСОНАЛЬНЫХ НЕЙРОПАТИЙ ПРИ ТРАВМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ, СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО И СКУЛО-ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСОВ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Переломы костей средней зоны лица могут сопровождаться нейропатиями черепных нервов. В постановке клинического диагноза и оценке степени повреждения II ветви тройничного нерва помогают специальные методы исследования КТ и МРТ. Нейропатии могут сохраняться выраженное время после сопоставления костных отломков в анатомически правильное положение и требуют медикаментозного лечения. Своевременная медикаментозная терапия позволяет избежать в будущем вторичных нейропатий.

Ключевые слова: нейропатия II ветви тройничного нерва, перелом скуловой кости, перелом скуло-орбитального комплекса, перелом скуло-верхнечелюстного комплекса, медикаментозная терапия нейропатий

O.M Pavlov

DRUG THERAPY AXONAL NEUROPATHIES AT THE ZYGOMA FRACTURES, ZYGO-ORBITAL AND ZYGO-MAXILLARY COMPLEXES FRACTURES

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. Fractures of the midface may be accompanied by the cranial nerve neuropathy. In the formulation clinical diagnosis and assessment the degree of damage to the trigeminal nerve branches II help the special methods such as CT and MRI. Neuropathy may remain after reposition bone fragments in an anatomically correct position, and require medical treatment. Timely medication helps to avoid secondary neuropathies at future.

Key words: neuropathia II branch trigemini nerve, zygoma fracture, zygo-orbital fracture, zygo-maxillary complex, medicine therapy of the neuropathia

Переломы костей средней зоны лица могут сопровождаться нейропатиями черепных нервов. Наиболее часто при этих видах переломов имеются аксональные нейропатии – нейрапраксия и аксонотмезис II ветви тройничного нерва в случае травмы скуло-орбитального и скуло-верхнечелюстного комплексов, а переломы скуловой кости могут сопровождаться нейрапраксией II ветви тройничного нерва (аксональная нейропатия).

Дифференциальная диагностика этих видов нейропатий при клиническом осмотре в первые дни после получения травмы представляет большую проблему, из-за схожести неврологических нарушений функций. В постановке клинического диагноза и оценке степени повреждения II ветви тройничного нерва помогают специальные методы исследования КТ и МРТ. Последняя для черепных нервов более информативна.

Постановка правильного топического диагноза необходима в связи с разной тактикой хирургического лечения пациентов, объемами и сроками послеоперационной реабилитации, назначением лекарственных препаратов.

Цель: определить необходимый объем лекарственной терапии для нейропатий II ветви тройничного нерва при переломах скуловой кости, скуло-орбитального и скуло-верхнечелюстного комплексов.

Материалы и методы: оценка эффективности медикаментозной терапии основывалась на данных опроса пациентов о степени восстановления чувствительности в зоне иннервации II ветви тройничного нерва.

Результаты исследования и их обсуждение. Хирургическое лечение травмы костей средней зоны лица направлено на восстановление анатомически правильного положения костей. Хирургическое лечение не решает всех имеющихся проблем. Нейропатии могут сохраняться длительное время после сопоставления костных отломков в анатомически правильное положение и требуют медикаментозного лечения. Любое нарушение неврологической функции нерва требует патогенетической терапии.

При аксональных нейропатиях медикаментозная терапия направлена на уменьшение степени отеков, стабилизацию проведения импульса по миелиновым оболочкам аксонов и на отсутствие накопления метаболитов в области миелиновых оболочек. Назначение противоотечной терапии позволяет быстро восстановить функцию нерва при нейрапраксиях в сравнении с отсутствием данного вида терапии. Сроки восстановления функций нервов при комбинации хирургического лечения и медикаментозной патогенетической терапии могут быть от нескольких часов после опе-

рации до нескольких дней. Время восстановления функции нерва, которое еще относит повреждение к нейрапраксии составляет 5 дней. Если неврологическая функция нерва не восстанавливается более 5 дней, то следует заподозрить либо ишемическую нейропатию, либо повреждения аксона нерва при сохранности миелиновой оболочки (аксонотмезис), либо полный разрыв как аксона нерва, так и миелиновой оболочки (нейротмезис).

Комплексное медикаментозное лечение включает в себя, кроме антибактериальной и анальгетической терапии, следующие препараты:

1. Sol. Prednizoloni 30–60 mg 1–2 раза в день в течение 1–2 дней после получения травмы и/или операции. Он ингибирует цепь реакций, приводящих к образованию простагландинов, лейкотриенов и фактора активации тромбоцитов, которые увеличивают сосудистую проницаемость и в конечном итоге приводят к отеку тканей, вызывают миграцию лейкоцитов и скапливают отложение фибрина. Особо важно среди механизма противовоспалительного действия является ингибирование фосфолипазы A2 и блокада образования арахидоновой кислоты из-за синтеза ингибитора липокортина-1, что приводит к подавлению медиаторов воспаления острой фазы воспалительной реакции: интерлейкина-1, ФНО- α , интерлейкинов-4 и -5. Блокирует образование таких ферментов воспаления, как NO-синтетаза и циклооксигеназа. Обладает мембраностабилизирующим действием, повышая устойчивость нерва к повреждающим факторам. Блокировка воспалительных реакций в соединительной ткани препятствует образованию рубцовой ткани. Особенностью использования преднизолона является то, что он подавляет любой воспалительный процесс независимо от этиологии, при чрезмерной воспалительной реакции оказывает благоприятное действие. Но на фоне назначения преднизолона не следует забывать о повышенной восприимчивости организма к инфекциям.

2. Tab. Furosemidi 40 mg по 2 таблетки утром в течение 4–6 дней – уменьшают коллатеральный посттравматический и постоперационный отеки, что уменьшает продолжительность и выражен-

ность аксональной нейропатии в виде нейрапраксии. При назначении фуросемида его нужно комбинировать с НПВС, которые избирательно блокируют ЦОГ-2, так как неселективные НПВС, особенно индометацин, уменьшают диуретический эффект из-за угнетения синтеза простагландинов в почках и задержки натрия. Действие фуросемида начинается через 0,5–1 час после приема внутрь, максимальный эффект действия возникает через 1–2 часа, продолжительность эффекта 2–3 часа. В период его действия скорость выведения ионов натрия значительно увеличивается, но потом падает ниже исходного уровня, что называется синдромом «рикошета». Вследствие этого при приеме фуросемида 1 раз в сутки он не оказывает значительного влияния на суточное выведение ионов натрия и АД. Поэтому мы считаем необходимым назначение фуросемида именно однократно утром, когда выраженность отеков максимальная.

3. Tab. Asparkami по 1 таблетке 2 раза в день для уменьшения потерь калия при употреблении фуросемида, что способствует восстановлению электролитного баланса. Следует помнить, что нарушение уровня калия приводит к нарушению возбудимости нервов, так как ионы калия участвуют в проведении импульсов по нервным волокнам и в синаптической передаче нервного импульса.

4. Tab. Ипидакрин (нейромидин) 20 mg по 1 таблетки 3 раза в день в течение 1 месяца. Ингибитор холинэстеразы. Блокирует ферментный гидролиз ацетилхолина и удлиняет его действие. Блокирует калиевые каналы мембраны и вызывает их деполяризацию. Стимулирует проведение возбуждения в нервных волокнах, восстанавливает проведение возбуждения в периферической нервной системе из-за травм и воспаления. Он ослабляет действие антибиотиков. Хорошо переносим в отличие от прозерина.

Заключение. Своевременная медикаментозная терапия позволит избежать в будущем вторичных нейропатий. Ранние сроки начала медикаментозной терапии, во-первых, позволяют улучшить прогноз для послеоперационного периода, а, во-вторых, поставить дифференциальный диагноз между нейрапраксией и аксонотмезисом.

Н.И. Петрович, А.Н. Кушнер, Ю.В. Зенькевич

СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Целью исследования явилось изучение динамики роста гемангиом среди доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области у детей в зависимости от пола, возраста и локализации. Отмечен рост количества гемангиом челюстно-лицевой области у детей среди всех доброкачественных опухолей мягких тканей. Среди сосудистых опухолей у детей чаще встречаются капиллярные гемангиомы. Преимущественной локализацией гемангиом является область губ, щечная, лобная и околоушная области. В оказании стационарной помощи с гемангиомами чаще нуждаются девочки в возрасте до 1 года.

Ключевые слова: дети, сосудистые опухоли, гемангиомы, челюстно-лицевая область

N.I. Petrovich, A.N. Kushner, Y.V. Zenkevich

THE VASSEL TUMORS IN CHILDREN'S CRANIOFACIAL AREA

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The subject of investigation is the study of the dynamics of gemangioms' quantity growth among children tumors in the craniofacial area depending on sex, age and localisation. It is investigated the gemangioms' quantity growth among the tumors of soft tissues in the craniofacial area. The most of them are capillary gemangioms. The most frequent localisation of gemangioms are the area of upper and lower lips, forehead, buccal and the area near the ears. The girls younger than one year old ask for medical treatment more often.

Key words: children, vassel tumors, gemangioma, craniofacial area

Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области у детей составляют 48,5 % всех опухолей мягких тканей (Корсак А.К., 2008). В последние годы установлено увеличение количества детей с капиллярными гемангиомами от 25,45 % до 62,5 % (Кушнер А.Н. и соавт., 2011).

Цель исследования: изучить динамику роста гемангиом среди доброкачественных опухолей ЧЛО у детей и проанализировать их зависимость от пола, возраста и локализации.

Материалы и методы. Изучены истории болезней 338 детей в возрасте от рождения до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-я городская детская клиническая больница» в период 2006–2010 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами отмечен рост количества гемангиом челюстно-лицевой области у детей за исследуемый период с 13,16 % (2006) до 32,27 % (2010), что в среднем составило 24,79 % от всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований. Среди сосудистых опухолей гемангиомы у детей составляют 73,16 % (соответственно 53,97 % в 2006г. и 87,50 % в 2010г.). Дети с капиллярными геманги-

омами челюстно-лицевой области находились на стационарном лечении в 3 раза чаще (71,01 %), чем с капиллярно-кавернозными (24,56 %) и с телеангиоэктазиями – только в 4,43 % случаев.

В оказании стационарной помощи чаще нуждаются дети с гемангиомами челюстно-лицевой области в возрасте до 1 года (77,22 %), реже – в возрасте 2–5 лет (8,88 %), 6–11 лет (5,33 %) и 12–17 лет (8,58 %), причем девочки в 2 раза чаще, чем мальчики (68,34 % и 31,66% соответственно). Наиболее частой локализацией гемангиом у детей является область верхней и нижней губ (23,37 %), щечная (18,05 %), лобная (16,57 %) и околоушная области (13,02 %).

Заключение. Таким образом, отмечен рост количества гемангиом челюстно-лицевой области у детей среди всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований мягких тканей. Среди сосудистых опухолей чаще встречаются капиллярные гемангиомы с преимущественной локализацией в области губ, а также щечной, лобной и околоушной области. В оказании стационарной помощи с гемангиомами ЧЛО чаще нуждаются дети до 1 года, причем девочки в 2 раза чаще, чем мальчики.

Н.Н. Пустовойтова

СХЕМА ОРИЕНТИРОВОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАННИХ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Визуальная диагностика кариеса – единственный клинический метод, который предоставляет необходимую информацию для выбора соответствующего лечения. Выбор диагностической системы зависит от стадии кариозных поражений и подходов к лечебно-профилактическим мероприятиям. Целью исследования явилась систематизация данных научной литературы с разработкой последовательности клинических этапов при диагностике кариеса.

Ключевые слова: диагностика, ранний кариес, последовательность диагностических этапов

N.N. Pustavoitava

DECISION TREE OF THE DIAGNOSIS OF THE CARIOUS LESIONS

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The visual caries diagnosis is the only clinical method provides the necessary information to select appropriate treatment. The choice of diagnostic system depends on the stage of the lesions and approaches to treatment and preventive management. The aim of the study was to systematize the literature data with the development of the decision tree of the diagnosis of the caries.

Key words: diagnosis, early stage of the caries, decision tree of the diagnosis of the caries

Принято выделять три основных понятия [3, 5]: «диагностика кариеса» – это комплексный процесс, при котором суммируется вся доступная информация о кариозной болезни у пациента; «обнаружение кариозного поражения» представляет собой объективный метод выявления заболевания (наличие или отсутствие); «оценка кариозного поражения» подразумевает характеристику или мониторинг однажды выявленного поражения. При этом оценивается как стадия кариозного поражения (глубина поражения твердых тканей, наличие полости), так и активность кариозных поражений.

На сегодняшний день основным клиническим методом диагностики кариеса зубов является визуальный осмотр [1, 3, 5]. Научно доказано, что визуальная диагностика кариеса – единственный клинический метод, который предоставляет необходимую информацию для выбора соответствующего лечения [5]. Кариес зубов представляет сложный многостадийный процесс, начинающийся с раннего поражения эмали или цемента и заканчивающийся полным разрушением зуба. До недавнего времени существовало мнение, что невозможно добиться надежной диагностики с уровня кариеса эмали (уровень K1) (WHO, 1997). Однако многочисленные исследования показали, что это предположение неверно при условии, что исследователи тщательно обучены и откалиброваны (Pitts & Fyffe, 1988; Manji et. al., 1989; Ismail et. al., 1992; Nyvad et. al., 1999) [2, 3, 5, 6]. Существует значительное количество визуальных диагностических систем кариозной болезни, каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки. Выбор диагностической системы зависит от ста-

дии кариозных поражений и подходов к лечебно-профилактическим мероприятиям.

Целью нашего исследования явилась разработка ориентировочной схемы диагностики кариозной болезни.

Материалы и методы исследования. Для того чтобы обеспечить максимально эффективную диагностику при визуальном осмотре следует соблюдать ряд правил [3, 4, 5, 6]. Зубы должны осматриваться в определенной последовательности. Осмотр рекомендуется начинать с верхнего правого моляра, далее продвигаться от зуба к зубу, от поверхности к поверхности к верхнему левому моляру, затем следует перейти на нижнюю челюсть: от левого нижнего моляра к правому нижнему моляру. Такая последовательность выработает систематический подход и обеспечит уверенность в том, что ни одна поверхность, ни один зуб не будут пропущены. Для создания оптимальных условий во время осмотра желательно изолировать поверхности зубов от ротовой жидкости с помощью ватных валиков. Использование стоматологического зеркала необходимо, с одной стороны, для того чтобы отодвинуть щеки, губы, язык во время осмотра, с другой стороны, для осмотра зон, недоступных для непосредственного осмотра, исследовать которые возможно только с помощью зеркала (например, дистальная поверхность верхнего последнего моляра), а также для направления луча света от лампы стоматологической установки в плохо освещенные места (особенно при диагностике кариеса проксимальных поверхностей боковых зубов) [4, 5]. Необходимо уделять внимание хорошему освещению (как самого стоматологического кабинета, так и

непосредственно ротовой полости), а также возможности очищения и адекватного высушивания поверхности зубов. Особенно эти условия важны при диагностике кариеса с уровня кариеса эмали (K1). Проводя диагностику ранних кариозных поражений желательно заранее удалить зубной налет.

Первичную визуальную оценку зуба следует проводить во влажном состоянии. Если на влажной поверхности мы не видим изменения цвета и/или прозрачности, характерных для кариеса, повторная оценка проводится после высушивания воздухом (приблизительно 5 секунд для объективной дегидратации кариозного поражения в эмали). Если при высушивании на «здоровой» эмали «проявляется» белое опакое пятно, то мы диагностируем самую раннюю клиническую стадию кариеса, которая полностью обратима при не инвазивных методиках лечения [5, 6]. Кариес в стадии пятна белого или коричневого цвета может диагностироваться как на влажной поверхности зуба, так и после высушивания. После обнаружения кариозного поражения необходимо определить, является ли оно полостным или бесполостным. Полостное образование может быть ограничено пределами эмали, когда нет визуального вовлечения дентина. Также полость может располагаться в дентине, при значительных разрушениях достигая пульпы. Особую сложность в диагностике представляет так называемый «скрытый» кариес – это кариозное поражение в дентине без видимого нарушения целостности поверхности эмали. Это поражение можно выявить как тень измененного

в цвете дентина, которая просвечивается через «интактную» поверхность эмали. Тень в подлежащем дентине легче диагностируется на влажных зубах.

Заключение. С целью оптимизации диагностического процесса кариозных поражений на основании анализа литературных данных нами была разработана схема ориентировочного действия при диагностике кариозных поражений (рис. 1).



Рис. 1. Схема ориентировочного действия при диагностике кариозных поражений (адаптирована Ismail, N. Pitts, Nyvad B.)

Литература

1. Казеко, Л.А. Современные подходы в диагностике кариеса зубов. / Л.А. Казеко, С.М. Тихонова, Н.Н. Пустовойтова // Стоматологический журнал. – 2007. – С. 251–255.
2. Леус, П.А. Кариес зубов. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация : учеб.-метод. пособие / П.А. Леус. – Минск : БГМУ, 2007. – 35 с.
3. Пустовойтова, Н. Н. Современные подходы к диагностике кариозной болезни : учеб.-метод. пособие / Н. Н. Пустовойтова, Л. А. Казеко. – Минск : БГМУ, 2010. – 44 с.
4. Терапевтическая стоматология. Учебник / Е. В. Боровский, В.С. Иванов, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская. Под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. м-м М.: Медицина, 1998. – 736 с.: ил. – (Учеб. лит. Для студ. мед. вузов).
5. Fejerskov, O. Dental caries: the disease and its clinical management. Second edition / O. Fejerskov, E.A.M. Kidd, B. Nyvad, V. Baelum. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008. – 616 p.
6. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). www.icdas.org/.

Ю.А. Раптунович

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ ИЛИ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Переломы нижней челюсти по-прежнему занимают ведущее положение при травматических повреждениях костей лицевого скелета. Нами предложены методы лечения переломов нижней челюсти при адентии при помощи индивидуальных шин-капп, изготавливаемых из протакриловых ортопедических шаблонов или армированных оттисковых материалов.

Ключевые слова: переломы нижней челюсти, индивидуальные шины-каппы

Y.A. Raptunovich

TREATMENT OF THE MANDIBULAR FRACTURES AT PATIENT WITH FULL OR PARTIALLY ADENTIA

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The mandibular fractures continue to occupy a leading position in traumatic injuries the facial bones. We propose methods of treatment the mandibular fractures at patient with adentia by individual tire-trays, made from resin orthopedic templates or reinforced impression materials.

Key words: mandibula fractures, individual tire-trays

Переломы нижней челюсти по-прежнему занимают ведущее положение при травматических повреждениях костей лицевого скелета. В клинической практике давно выработался алгоритм оказания помощи пациентам с переломами челюстей. Лечение переломов может быть консервативным и хирургическим. Консервативное лечение заключается в наложении назубных, зубонадесневых, надесневых шин. Хирургическое – остеосинтез различными конструкциями. Возможно комбинирование консервативного и хирургического методов лечения. Каждый из них имеет свои показания и противопоказания. Основным методом лечения переломов нижней челюсти при адентии является остеосинтез. Однако в практике челюстно-лицевого хирурга встречаются ситуации, когда применение «стандартных» методик оказывается невозможным. Это связано с общим состоянием пациента и наличием сопутствующих заболеваний. Большинство пациентов у которых имеется адентия – старше 60-ти лет.

Для решения данной проблемы предложено несколько методик. Самая простая – пращевидная повязка. Это оправданно как временная иммобилизация или лечение переломов без смещения при наличии в полости рта съёмных протезов.

Далее следует использование зубонадесневых и надесневых шин (Ванкевич, Вебера, Порты). Для изготовления этих шин требуется время и наличие зуботехнической лаборатории. Популярностью пользуется остеосинтез по Блэку, когда фиксируют съёмный протез путём наложения проволоочного шва, проходящего под основанием нижней челюсти. В настоящее время предложено ещё несколько методов лечения переломов нижней че-

люсти при адентии.

Используются два дентальных имплантата по разные стороны перелома, соединённых между собой подвижной штангой. После выздоровления пациента штанга удаляется, а имплантаты используются для протезирования (Чучунов А.А., Старосветский С.И., Гюнтер В.Э., Бабушкин Е.В).

Метод Яременко А.И. заключается в использовании бимаксиллярных фиксаторов, которые регулируются по высоте.

Федотов С.Н, Федотов О.С. предложили закрепить по обе стороны линии перелома две согнутые под углом спицы Киршнера, которые фиксируются между собой быстротвердеющей пластмассой.

Матрос-Таранец И.Н., Калиновский Д.К. фиксировали минишурупы на нижней и верхней челюсти, после чего проводили лигатурное межчелюстное связывание.

Цель – предложить методы лечения переломов нижней челюсти при адентии при помощи индивидуальных шин-капп, изготавливаемых из протакриловых ортопедических шаблонов или армированных оттисковых материалов.

Материалы и методы. Нами предложены методы лечения переломов нижней челюсти при адентии при помощи индивидуальных шин-капп, изготавливаемых из протакриловых ортопедических шаблонов или армированных оттисковых материалов. Данные шины-каппы фиксируются к челюсти при помощи минишурупов без проведения разрезов и отслаивания слизисто-надкостничного лоскута или лигатурами к сохранившимся зубам под местной анестезией в условиях перевязочного кабинета.

Результаты исследования и их обсуждение. С нашей точки зрения преимуществами данного ме-

тогда лечения являются:

1. Простота изготовления
2. Легкость и быстрота вмешательства
3. Метод не требует операционной и анестезиолога, проводится под местным обезболиванием.

К недостаткам можно отнести:

1. Невозможность репозиции и фиксации костных отломков при значительном смещении.
2. Образование пролежней на слизистой оболочке в случае несоблюдения гигиенических процедур в первую очередь пациентом.

лочке в случае несоблюдения гигиенических процедур в первую очередь пациентом.

Заключение. Изготовление индивидуальной шины-каппы и фиксация её к альвеолярному отростку без отслойки слизисто-надкостничного лоскута или к оставшимся зубам позволяет решить проблему лечения переломов нижней челюсти, когда хирургические методы лечения (остеосинтез) применить невозможно.

А.С. Соломевич, В.И. Даревский

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДЕНТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИОННОЙ ТРАВМОЙ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Клинический эффект лечения оценивали у 72 пациентов с чувствительностью дентина и окклюзионной травмой. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии окклюзионной травмы на возникновение чувствительности дентина. Устранение окклюзионной травмы способствовало более значительной редукции чувствительности дентина.

Ключевые слова: чувствительность дентина, окклюзионная травма, лечение

A.S. Solomevich, V.I. Darevsky

CLINICAL ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF TREATMENT DENTINE SENSITIVITY AT PATIENTS WITH OCCLUSAL TRAUMA

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. Clinical effect of treatment estimated at 72 patients with dentine sensitivity and an occlusal trauma. The received results testify to influence of an occlusal trauma on dentine sensitivity emergence. Elimination of an occlusal trauma promoted more considerable reduction of dentine sensitivity.

Key words: dentine sensitivity, occlusal trauma, treatment

Чувствительность дентина («dentine sensitive», ICD-DA, 1994) относится к одному из наиболее распространенных стоматологических заболеваний и, по данным ВОЗ, ее распространенность неуклонно растет. Изучение стоматологического статуса показало, что за последние 20 лет обращаемость по поводу этой патологии твердых тканей зубов в странах Западной Европы увеличилась на 35 %, в США – на 42 %, в России, по последним исследованиям, 62,5 % населения в возрасте 20–65 лет страдает различными формами ЧД. В Республике Беларусь, по предварительным данным, чувствительность дентина при некариозных поражениях наблюдается в разных возрастных группах от 9,14 до 23,91 % обследованных. У пациентов с заболеваниями пародонта ЧД встречается в 72–98 %.

Литературные данные свидетельствуют о том, что чувствительность дентина является одним из клинических признаков окклюзионной травмы. Это диктует необходимость диагностики и устранения окклюзионной травмы при лечении чувствитель-

ности дентина [1–3].

Целью исследования явилось изучение в клинике эффективности лечения чувствительности дентина у пациентов с окклюзионной травмой.

Материалы и методы. Клинический эффект лечения оценивали у 72 практически здоровых пациентов 20–74 лет (74 женщины и 71 мужчина) с генерализованной чувствительностью дентина и окклюзионной травмой. Всем пациентам обнаженный дентин обрабатывали десенситайзерами, затем в течение 1 недели проводили 3–5 сеансов вакуум-дарсонвализации по схеме и назначали БАД «ДентоВитус» (по 1 таблетке два раза в день в течение года: ежедневно в течение 5 месяцев, 1 месяц перерыв, затем повторяли; на поддерживающем этапе – назначали по 1 таблетке один раз в день в течение года по схеме: ежедневно в течение 3 месяцев, 1 месяц перерыв, затем курс повторяли). Пациенты чистили зубы по специальным методикам чистки с применением зубной пасты для чувствительных зубов. Пациенты были разделены в 2 равноценные группы (n = 37 и n = 35

Таблица 1. Интенсивность чувствительности дентина к термическому раздражителю

Сроки наблюдения	До лечения	Непосредственно после лечения	Через 1 неделю	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Группы наблюдения						
1-я группа	5,45 ± 0,18	0,78 ± 0,22*	0,71 ± 0,17*	0,85 ± 0,13**	1,07 ± 0,2**	0,96 ± 0,22**
2-я группа	5,38 ± 0,17	0,88 ± 0,18*	1,04 ± 0,24*	1,11 ± 0,27*	2,06 ± 0,32**	2,25 ± 0,33**

Таблица 2. Интенсивность чувствительности дентина к тактильному раздражителю

Сроки наблюдения	До лечения	Непосредственно после лечения	Через 1 неделю	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Группы наблюдения						
1-я группа	4,64 ± 0,13	0,48 ± 0,18*	0,46 ± 0,18**	0,56 ± 0,19**	0,9 ± 0,19**	0,93 ± 0,19**
2-я группа	4,71 ± 0,14	0,59 ± 0,22*	0,62 ± 0,17*	0,69 ± 0,22*	1,62 ± 0,26**	1,92 ± 0,21**

* $p1 < 0,05$ – показатель достоверности по сравнению с исходным состоянием

** $p2 < 0,05$ – показатель достоверности по сравнению с контролем

соответственно): в первой группе ($n = 37$) лечение включало также и устранение окклюзионной травмы с помощью разобщающей окклюзионной каппы на верхнюю челюсть.

Диагностику окклюзионной травмы проводили по международным стандартам. Интенсивность чувствительности дентина определяли с помощью индекса КИДЧЗ (Дедова Л.Н., 2004) по субъективным болевым ощущениям пациента с использованием зондирования (тактильный раздражитель) и струи холодного воздуха (температурный раздражитель) до лечения, непосредственно после лечения, через 1 неделю, 1 месяц, 6 месяцев и 12 месяцев. Статистическую обработку материала проводили с определением стандартной ошибки ($\pm SE$), доверительного коэффициента и критерия Стьюдента (t).

Результаты исследования и их обсуждение (табл.1,2).

В исходном состоянии (табл. 1 и 2) показатели ИЧД к термическому и тактильному раздражителям в двух группах имели приблизительно одинаковые значения ($p > 0,05$).

В двух группах наблюдали редукцию показателей ИЧД к термическому и тактильному раздражителям во все сроки наблюдения (по сравнению с исходными показателями) ($p < 0,05$). Однако в 1-й группе по сравнению со второй более значительную редукцию ИЧД к термическому и тактильному раздражителям наблюдали через 6 и 12 месяцев ($p < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о влиянии окклюзионной травмы на возникновение чувствительности дентина. Устранение окклюзионной травмы способствовало более значительной редукции ЧД. Так, в 1-й группе через 12 месяцев (по сравнению со 2-й группой) применение окклюзионной каппы позволило снизить интенсивность чувствительности дентина к температурному раздражителю на 34 %, а к тактильному – на 20 % ($p < 0,05$).

Заключение. Устранение окклюзионной травмы у пациентов с генерализованной чувствительностью дентина способствуют редукции чувствительности дентина и профилактике рецидивов в отдаленные сроки.

Литература

- Денисова, Ю.Л. Окклюзионная травма: трудности в диагностике / Ю.Л. Денисова, А.С. Соломевич // *Стоматолог*. – 2012. – №4. – С. 41–49.
- Соломевич, А.С. Лечение чувствительности дентина медикаментозными средствами и вакуум-дарсонвализацией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бел. гос. мед. ун-т. – Минск, 2005. – 19 с.
- Клинеберг, И. Окклюзия и клиническая практика / И. Клинеберг, Р. Джагер. – М.: «МЕДпресс-информ», 2006. – 201 с.

Т.Н. Терехова, Е.И. Мельникова, М.Л. Боровая

СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА У 9–10-ЛЕТНИХ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА МИНСКА

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, Г. МИНСК

Резюме. Целью исследования явилась оценка гигиены полости рта и состояния тканей периодонта у 9–10-летних школьников города Минска. В результате исследования установлено, что гигиена полости рта и состояние тканей периодонта у 9–10-летних школьников, обучающихся в гимназиях г. Минска, лучше, чем у учеников общеобразовательных школ.

Ключевые слова: школьники, гигиена полости рта, заболевания тканей периодонта

T.N. Terekhova, E.I. Mel'nicova, M.L. Borovaya

ORAL HYGIENE AND PERIODONTAL STATUS IN 9-10 YEARS OLD SCHOOLCHILDREN IN MINSK

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The aim of our project is to assess oral hygiene and the condition of periodontal tissues in schoolchildren aged 9 to 10 in Minsk. As a result of research it has been determined that oral hygiene and the condition of periodontal tissues in 9 and 10 year-old schoolchildren of grammar schools in Minsk, are better than those in schoolchildren from general schools.

Key words: schoolchildren, oral hygiene, periodontal diseases

Наиболее распространенными стоматологическими заболеваниями среди детского населения Республики Беларусь являются кариес зубов и болезни тканей периодонта. Эпидемиологическое обследование, проведенное в 2008 г., показало высокую (80,63 %) распространенность кариеса зубов у детей в 6- и 15-летнем возрасте, а состояние тканей периодонта у детей 12 и 15 лет оценено как риск возникновения заболевания (Терехова Т.Н. и соавт., 2009). Одним из основных этиологических факторов развития кариеса зубов и заболеваний тканей периодонта является зубной налет. Кариес возникает вследствие деминерализации эмали органическими кислотами, которые вырабатывают микроорганизмы зубного налета из углеводов пищи на фоне пониженной резистентности тканей зуба, а при длительном воздействии на десну микроорганизмов зубного налета развиваются заболевания тканей периодонта (Попруженко Т.В. и соавт., 2009).

Целью исследования явилось оценка гигиены полости рта и состояния тканей периодонта у 9–10-летних школьников г. Минска.

Материалы и методы. Нами изучено состояние гигиены полости рта и тканей периодонта у 1402 учеников, из которых 673 обучались в общеобразовательных школах и 729 – в гимназиях. Гигиену полости рта оценивали с помощью гигиенического индекса ОНI-S, оценку состояния тканей периодонта проводили по индексу КПИ. Осмотр полости рта проводился в условиях стоматологического кабинета с помощью набора стоматологического инструментария (стоматологическое зеркало, зонд).

Результаты следования и их обсуждение. В результате исследования установлено, что 9–10-летние школьники г. Минска имеют удовлетворительную гигиену полости рта (табл. 1). Однако среднее значение индекса ОНI-S у учеников общеобразовательных школ был незначительно выше, чем

Таблица 1. Показатели состояния тканей периодонта и гигиены полости рта у 9–10-летних школьников г. Минска

Показатель	Дети, обучающиеся в общеобразовательных школах	Дети, обучающиеся в гимназиях
Среднее значение индекса КПИ	1,01 ± 0,01	0,98 ± 0,01
Среднее значение индекса ОНI-S	1,58 ± 0,02	1,48 ± 0,02
Структура индекса ОНI-S:		
- показатель до 0,6 (хорошая гигиена)	2,6 ± 0,6 %	3,9 ± 0,7 %
- показатель от 0,7 до 1,6 (удовлетворительная гигиена)	45,6 ± 1,9 %	48,5 ± 1,9 %
- показатель от 1,7 до 2,5 (неудовлетворительная гигиена)	45,3 ± 1,9 %	42,8 ± 1,8 %
- показатель более 2,5 (плохая гигиена)	6,5 ± 0,9 %	4,8 ± 0,8 %

у детей, обучающихся в гимназиях ($1,58 \pm 0,02$ и $1,48 \pm 0,02$ соответственно). Анализ структуры индекса ОНI-S показал, что школьников, имеющих хорошую гигиену полости рта (показатель до 0,6), в 1,5 раза больше среди детей, обучающихся в гимназии. Удовлетворительная гигиена полости рта (показатель от 0,7 до 1,6) зарегистрирована у $45,3 \pm 1,9$ % школьников общеобразовательных школ и $48,5 \pm 1,9$ % учеников гимназий. Неудовлетворительная (показатель от 1,7 до 2,5) и плохая (показатель более 2,6) гигиена полости рта выявлена у $45,3 \pm 1,9$ % и $6,5 \pm 0,9$ % (соответственно) школьников общеобразовательных школ. Процент детей (с неудовлетворительной и плохой гигиеной полости рта), обучающихся в гимназиях,

оказался ниже и составил $42,8 \pm 1,8$ % и $4,8 \pm 0,8$ % соответственно.

Оценка состояния тканей периодонта по индексу показала, что среднее значение индекса КПИ у детей, обучающиеся в гимназиях, составило $0,98 \pm 0,01$ и соответствовало риску возникновения заболеваний периодонта, а у детей, обучающихся в общеобразовательных школах, – $1,01 \pm 0,01$ и соответствовало легкой форме заболеваний периодонта.

Заключение. Таким образом, гигиена полости рта и состояние тканей периодонта у 9–10-летних школьников, обучающихся в гимназиях г. Минска, лучше, чем у учеников общеобразовательных школ.

М.А. Терещенко, Е.Н. Терещенко, О.Г. Мальковец

ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА МИКРОИНВАЗИВНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Глубокие фиссуры на окклюзионной поверхности зубов по своей форме способствуют застреванию в них пищи, скоплению налёта, который невозможно вычистить зубной щёткой, так как щетинки не могут проникнуть в глубь фиссуры. Для профилактики и лечения такого вида поражений применяются различные методы, в том числе и методика микроинвазивного препарирования с использованием специальных дентальных вращающихся инструментов (ДВИ) с последующей герметизацией фиссур.

Ключевые слова: дентальных вращающихся инструментов, микроинвазивное препарирование

М.А. Tereshchenko, E.N. Tereshchenko, O.G. Malkovets

ORIGINAL METHOD OF DIAGNOSTIC FISSOUR PREPARATION

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. Objects of research: dental rotating tools used in stomatology for diagnostic preparation. Research objective: a substantiation of clinical application specialised on dental rotating tools, carrying out microinvasive preparations of firm tissues of a tooth.

Key words: dental rotating tools, diagnostic fissour preparation

Введение. Профилактика кариеса и превентивное лечение его начальных форм – одни из самых надежных и эффективных способов предотвращения заболеваний десен, зубов и других органов. На фоне распространения кариеса стало очевидным, что при его лечении принципиальной задачей является сохранение как можно большего количества естественных, здоровых тканей зуба, поскольку ни один реставрационный материал не сравнится с ними по прочности, эстетичности и сопротивляемости дальнейшему развитию кариозного процесса.

Цель исследования: разработка и обоснование методики клинического применения специализированных дентальных вращающихся инструментов (ДВИ) при проведении микроинвазивного препарирования твердых тканей зуба.

Материалы и методы. Разработка методики микроинвазивного препарирования, проводимой с использованием специально разработанного комплекта ДВИ (заявка на патент № ЕА 0077/10 от 04.10.2010 г.)

Группа боров №1 – $0.125 \times 0.7 \times 2.1 \times 19(21)$ мм. Предназначены для раскрытия, расширения и сглаживания стенок фиссур постоянных премоляров и моляров – до 1 мм – кариозный процесс не достигает эмалево-дентинной границы. Зернистость алмазного напыления в данной группе боров варьирует: 80–100 мкм – синяя маркировка бора, 50–60 мкм – красная маркировка бора, 30–40 мкм – желтая маркировка бора.

Группа боров №2 – $0.2 \times 1.0 \times 3.0 \times 19(21)$ мм. Предназначены для раскрытия, расширения и сглаживания стенок фиссур постоянных премоляров и моляров – до 2.5 мм – кариозный процесс дости-

гает эмалево-дентинной границы. Зернистость алмазного напыления в данной группе боров варьирует: 80–100 мкм – синяя маркировка бора, 50–60 мкм – красная маркировка бора, 30 – 40 мкм – желтая маркировка бора.

Методика. Предлагаемый нами метод микроинвазивного препарирования фиссур (заявка на патент № ЕА 0077/10 от 04.10.2010 г.) включает вскрытие кариозной фиссуры зуба пациента, её раскрытие, расширение и удаление инфицированных тканей. Расширение и удаление инфицированной ткани выполняется по границе инфицированной зоны, с сохранением здоровых тканей зуба бором из комплекта дисперсностью алмазного напыления 80–100 мкм, что достигается определенной формой бора, соответствующего форме фиссуры. Далее проводится формирование и адаптационное сглаживание стенок отпрепарированной зоны зуба, что способствует последующей

лучшей фиксации герметика бором из комплекта с дисперсностью алмазного напыления 50–60 мкм и после этого осуществляется сглаживание эмалевых призм зуба бором из комплекта с дисперсностью алмазного напыления 30–40 мкм.

Заключение. Образцы, отпрепарированные с использованием разработанного нами комплекта стоматологических боров для микроинвазивного препарирования фиссур (заявка на получение евразийского патента на изобретение» № ЕА 0077/10 от 04.10.2010 г.) имеют гладкую поверхность. Глубина режущей части у всех инструментов не превышает 0,03 мм, изменяемая величина частиц алмазного напыления позволяет препарировать и сглаживать край эмали щелевидных фиссур без сколов (анализ микрофотографий X 35–50). Гладкость поверхности отпрепарированной полости напрямую влияет на качество реставрации (сила адгезии, краевое прилегание, цветостойкость).

Литература

1. Боровский, Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. МАО «Стоматология». – 2001. – С. 144.
2. Овруцкий, Г.Д., Марченко, А.И., Зелинская, Н.А. Иммунология кариеса зубов // Киев. – Здоровье. – 1991. – С. 212.
3. Ржанов, Е.А. Минимально-инвазивное лечение кариеса зубов / Е.А. Ржанов // Клиническая стоматология. – 2005. – №1. – С. 24–27.
4. Патерсон, А., Ватте, В., Саундерс, Н., Питтс. Современные концепции в диагностике и лечении кариеса фиссур. / А. Патерсон, В. Ватте Н. Саундерс, Питтс // Москва : Квинтэссенция. – 1995. – С.77.

Л.И. Тесевич

РОЛЬ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА В ОБЕСПЕЧЕНИИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ПЛАСТИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ПОМОЩЬЮ ЛОСКУТОВ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Адекватное функционирование факторов и компонентов системы комплемента крови у пациентов с посттравматическими сквозными дефектами лица и шеи является одним из необходимых условий, обеспечивающих неосложненное течение раневого процесса на этапах пластики с помощью лоскутов на питающей ножке с учетом принципиальных отличий в оперативной технике вариантов этого вида пластики.

Ключевые слова: система комплемента; посттравматические сквозные дефекты лица и шеи; лоскуты на питающей ножке; дублированные лоскуты; плоский эпителизированный кожный лоскут

L.I. Tesevich

THE ROLE OF COMPLEMENT SYSTEM IN THE INSURING OF THE WOUND PROCESS IN PATIENTS AT STAGES OF THE PLASTIC REPAIR OF THE POSTTRAUMATIC THROUGH-WALL DEFECTS IN MAXILLOFACIAL REGION WITH FLAPS ON THE PEDICLE.

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The proper functioning of the factors and components of the complement system of blood in patients with posttraumatic through-wall defects of the face and neck is one of the necessary conditions for ensuring an uncomplicated wound healing process at the stage of plastic with flaps on the pedicle, taking into account the fundamental differences in operative technique variants of this type of plastic.

Key words: complement system; posttraumatic through-wall defects of the face and neck; flaps on the pedicle; double flaps; flat skin epithelized flaps

Введение. Для оперативного устранения посттравматических сквозных дефектов лица и шеи (ПТСДЛШ) в современной пластической восстановительной хирургии челюстно-лицевой области могут применяться методики дублированного лоскута (ДЛ) и плоского эпителизированного кожного лоскута (ПЭКЛ) [1]. Ранее проведенные исследования указывают на важную роль комплемент-зависимого звена иммунной системы в обеспечении неосложненного течения раневого процесса на этапах пластики ДЛ у пациентов с такой патологией [2]. Вместе с тем, функционирование системы комплемента при данных альтернативных хирургических методиках, имеющих принципиальное отличие в связи с особенностью оперативной техники этого вида пластики, целесообразно изучить в сравнительном аспекте в плане выявления особенностей, влияющих на течение раневого процесса на этапах пластики.

Целью настоящего исследования явилось изучение роли системы комплемента крови в обеспечении неосложненного течения раневого процесса у пациентов с ПТСДЛШ на этапах пластического хирургического восстановительного лечения с использованием ПЭКЛ и ДЛ (с учетом их важных отличий в оперативной технике и биологических принципах).

Материалы и методы исследования. В клинике кафедры челюстно-лицевой хирургии БГМУ нами изучено состояние системы комплемента крови у 13 пациентов в возрасте от 17 до 50 лет с посттравматическими сквозными дефектами челюстно-лицевой области, из которых у 6-ти человек хирургическая реабилитация осуществлена с помощью ДЛ, а у 7-ми – с помощью ПЭКЛ.

С помощью ДЛ (кожных или слизистых) у 5-ти пациентов с частичными или субтотальными дефектами кожно-хрящевого отдела наружного носа и 1-го пациента с субтотальным дефектом нижней губы хирургическое лечение осуществлено в 2 этапа. ПЭКЛ использовался у 7-ми пациентов в том числе: у 4-х больных с частичными или субтотальными дефектами кожно-хрящевого отдела наружного носа; у 1-го пациента с субтотальным дефектом нижней губы; у 2-х пациентов с дефектами в области неба. Хирургическая реабилитация таких больных осуществлялась в три этапа. У всех пациентов на этапах пластики не отмечалось послеоперационных нагноительных или некротических осложнений в течении раневого процесса.

У больных в периферической крови определялись:

– общая гемолитическая активность (СН50) и гемолитическая активность С1–С5 компонентов классического пути активации комплемента (КПАК) в сыворотке крови;

– общая гемолитическая активность (ОАА) и гемолитическая активность факторов В и Д альтернативного пути активации комплемента (АПАК) сыворотки крови до начала хирургического восстановительного лечения (исходные данные) и на 3–4, 7–8, 10–11 и 14–15 сутки после операции 1 и 2 этапов, и до 10–11 суток после третьего этапа.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе пациентов с ПТСДЛШ на этапах восстановительного хирургического лечения с помощью ПЭКЛ при неосложненном течении раневого процесса отмечается достоверное снижение ($P < 0,05$) по сравнению с исходным значением гемолитической активности факторов Д и В (в 1,40 раза и 1,38 раза соответственно) на 10–11 сутки после операции первого этапа. Вследствие этого снижается и общая гемолитическая активность АПАК на 10–11 сутки погружного периода формирования лоскута. В эти же сроки происходит достоверное снижение ($P < 0,05$) по сравнению с 3–4 сутками активности С3 компонента, но при стабильных показателях С5 компонента. В остальные сроки наблюдения у пациентов данной группы существенных снижений активности компонентов и факторов комплемента на этапах пластики с помощью ПЭКЛ мы не выявили.

В группе пациентов на этапах пластики ДЛ нами выявлено достоверное ($P < 0,01$) снижение по отношению к исходному уровню гемолитической активности факторов Д (в 1,51 и 1,27 раза соответственно) и В (в 1,34 и 1,32 раза соответственно) в первые 3–8 суток после операции I этапа, а за счет их и общей активности АПАК. В эти же сроки снижена гемолитическая активность С3 компонента, но без снижения активности С5 компонента. При этом в первые 3–4 суток отмечается достоверное ($P < 0,05$) по сравнению с исходным значением активности С1 компонента, которое не оказывает влияния на дальнейшую активацию КПАК. На 10–11 сутки 1-го этапа пластики ДЛ сохраняется достоверное ($P < 0,05$) снижение гемолитической активности фактора В (в 1,19 раза) и общей активности АПАК (в 1,3 раза). Остальные показатели комплемент-зависимого звена иммунной системы имеют тенденцию к повышению значений, которые на 14–15 сутки после операции 1-го этапа достоверно не отличаются от исходного уровня ($P > 0,05$). На 2-ом этапе пластики ДЛ в изучаемые сроки наблюдений у пациентов гемолитическая активность компонентов и факторов комплемента в сыворотке крови достоверно не отличается от значений исходного уровня (все $P > 0,05–0,1$).

Заключение. Представленные в сравнительном аспекте результаты исследований системы комплемента сыворотки с помощью ПЭКЛ и ДЛ у пациентов со ПТСДЛШ свидетельствуют об ее участии в

обеспечении неосложненного течения раневого процесса. В первые 3–8 суток после операции 1-го этапа пластики с помощью ДЛ происходит преимущественная активация альтернативного пути комплемента сыворотки крови без инициации образования мембраноатакующего комплекса (МАК) у таких пациентов. Это реализует необходимую опсонизирующую антибактериальную функцию комплемент-зависимого звена иммунной системы, направленную на профилактику нагноительных осложнений в зоне открытых раневых поверхностей ДЛ и его материнского ложа в период до начала их гранулирования и эпителизации, в отличие от 2-го этапа пластики ПЭКЛ, когда в связи с отсутствием существенных открытых раневых поверхностей система комплемента у пациентов

не активируется. На 10–11 сутки погружного формирования ПЭКЛ происходит преимущественная активация альтернативного пути комплемента сыворотки крови без инициации образования МАК, что связано, по всей вероятности, с особенностями неосложненного течения раневого процесса на этом этапе пластики (в сроки 10–11 суток погружного периода формирования лоскута происходит отслоение кератосодержащих слоев приживших аутодермотрансплантатов). Таким образом, полноценное функционирование факторов и компонентов системы комплемента крови у пациентов с ПТСДЛШ является одним из необходимых условий, обеспечивающих неосложненное течение раневого процесса на этапах пластики с помощью ПЭКЛ или ДЛ.

Литература

1. Чудаков О.П. Плоский эпителизованный кожный лоскут в пластической хирургии лица и шеи // Актуальные вопросы стоматологии: Сб. науч. тр. / Под ред. Н.Н. Бажанова. – М. : Изд-во I-го Моск. мед. ин-та им. И.М. Сеченова, 1985. – С. 62–66.
2. Тесевич, Л.И. Состояние системы комплемента крови у пациентов на этапах пластического устранения посттравматических сквозных дефектов челюстно-лицевой области с помощью дублированных лоскутов / Л.И.Тесевич // Актуальные проблемы медицины: сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции и 19-й научной сессии Гомельского государственного медицинского университета. В 4 т. / сост. С.В. Жаворонко [и др.]. – Гомель : Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2010. – Т. 4. – С. 119–122.

В.И. Урбанович, Е.А. Тюкова, С.А. Минчук

ПРЯМЫЕ КОМПОЗИТНЫЕ РЕСТАВРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. Наиболее эффективным методом лечения и профилактики болезней периодонта у пациентов с нарушением положения фронтальных зубов и отсутствием окклюзионной травмы являются прямые композитные реставрации.

Ключевые слова: нарушение положения зубов, прямые композитные реставрации

V. I. Urbanovich, E.A. Tukova, S.A. Minchuk

DIRECT COMPOSIT RESTORATIONS IN THE PERIODONTAL DISEASE TREATMENT

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The most effective method of treatment and prophylaxis of the periodontal disease for the patients with positional distortions of certain frontal teeth and absence of occlusal trauma is direct composit restoration.

Key words: positional distortions of teeth, direct composit restorations

Заболевания периодонта являются одной из самых актуальных проблем стоматологии. Аномальное расположение отдельных зубов во фронтальном участке затрудняет гигиену рта, создаёт эстетический недостаток, способствует накоплению зубного налёта и развитию воспаления десны. Для решения этих проблем пациентам предлагается ортодонтическое лечение или изготовление прямых композитных реставраций. Отказ пациента от ортодонтического лечения является показанием для изготовления виниров (Николаев А.И., Цепов Л.М. и др., 2004).

Целью нашего исследования явилось определение эффективности применения прямых компо-

зитных реставраций у пациентов с заболеваниями периодонта.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 28 пациентов обоего пола в возрасте 18–35 лет с нарушением положения отдельных зубов во фронтальном участке челюстей, включая диастему и ранее некачественно проведенное лечение. Были выполнены 74 прямые композитные реставрации. На основании клинического обследования с использованием основных и дополнительных методов у 20 пациентов был диагностирован хронический генерализованный простой маргинальный гингивит средней степени тяжести, а у 8 пациентов – хронический локализованный периодонтит

лёгкой степени тяжести. Гигиеническое состояние рта было удовлетворительным (ОНИ-S – $1,2 \pm 0,34$), воспаление десны – средней степени тяжести (GI – $1,2 \pm 0,23$). Данные рентгенологического исследования подтвердили диагноз хронического локализованного периодонтита лёгкой степени тяжести. Диагностические модели пациентов исключили травматическую окклюзию, качество реставраций оценивалось по методике FDI.

Подготовительный этап лечения включал мотивацию, обучение гигиене рта и флоссинг, удаление зубных отложений и контроль прироста зубных отложений. Для прямых композитных реставраций использовали композиционный материал Gradia Direct.

Результаты исследования и их обсуждение.

Динамическое наблюдение за пациентами в течение года показало высокую эффективность прямых композитных реставраций. Были удовлетворены эстетические требования пациентов в 93,3 % случаев. Гигиена рта была хорошей (ОНИ-S = $0,6 \pm 0,24$), воспаление в десне отсутствовало (GI = $0,6 \pm 0,12$), рентгенологический контроль показал стабилизацию деструктивного процесса.

Заключение. Результаты проведенной работы позволяют сделать заключение, что у пациентов с нарушением положения отдельных зубов фронтальной группы и отсутствием окклюзионной травмы при отказе от ортодонтического вмешательства прямые композитные реставрации являются эффективным методом лечения и профилактики болезней периодонта.

С.Ф. Хомич, А.С. Хомич

УСТРАНЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛБА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТООСТЕОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ГРЕБЕШКА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В исследовании представлена информация о способе устранения дефектов и деформаций лица, в частности, о восстановлении лобной области с использованием аутоотрансплантата из подвздошной кости.

Ключевые слова: деформации лба, костная аутоотрансплантация, гребешок подвздошной кости, посттравматические дефекты лица

S.F. Khomich, A.S. Khomich

ELIMINATION OF FOREHEAD DEFORMITY USING BONE AUTOGRAFT FROM ILIAC CREST

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The study provides information on how to eliminate the defects and deformities of the face, in particular to restore the frontal area using a bone autograft from the iliac crest.

Key words: forehead deformity, bone autograft, iliac crest, posttraumatic face defect

Введение. Одной из важных задач челюстно-лицевой хирургии является замещение деформаций и дефектов костей лицевого скелета, возникающих после травм, удаления опухолей, воспалительных заболеваний, дисплазии. Для решения этой задачи в последние годы применяются различные пластические материалы, как синтетические, так и трансплантаты аллогенного и аутогенного происхождения. Используются гели, гранулы, порошки, пластины, дезэпителизированные кожные лоскуты, жировая ткань, ауто- и аллогенные фасции, аутогенные и аллогенные хрящи и кость. Трансплантат или имплантат при этом создает основу для репаративного остеогенеза, на которой организм воссоздает новую кость на месте дефекта или деформации. Большое значение имеет вид пластического материала и методы его введения и фиксации в организме реципиента [1–4].

Цель работы – на клиническом примере проанализировать возможности и результаты проведения восстановительных операций с использованием аутоостеотрансплантата для устранения деформаций лицевого скелета.

Объекты и методы. Нами проведено полное клиническое обследование пациента с тяжелой компрессионной посттравматической деформацией надбровной и лобной областей справа. Перед операцией проведена компьютерная томография костей мозгового и лицевого черепа, обзорные рентгенограммы черепа в трех проекциях. Получены консультации нейрохирурга, невропатолога и офтальмолога с заключениями об отсутствии противопоказаний к операции в клинике челюстно-лицевой хирургии под общим обезболиванием. Непосредственно перед операцией изготовлена гипсовая модель лица, проведены объемные и линейные измерения деформации. Из

оттискового стоматологического материала «Zeta-plus» изготовлен шаблон, восполняющий деформацию верхней зоны лица, соответствующий ей по размерам и форме. Все этапы предоперационной подготовки и ход операции фотодокументированы. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом с интубацией через полость рта и состояла из четырех этапов.

Первый этап – препаровка тканей в надбровной и лобной областях справа с подготовкой воспринимающей поверхности для подсадки аутоостеотрансплантата и проведением дополнительных измерений.

Второй этап – взятие свободного костного трансплантата гребешка подвздошной кости слева. Для этих целей использовались специальные боры и долота.

Третий этап – моделировка взятого аутоотрансплантата в соответствии с проведенными измерениями для создания конгруэнтной поверхности воспринимающему ложу по форме ранее заготовленного шаблона. Для этой цели использовалась бормашина, циркулярная пила, грушевидные и цилиндрические фрезы.

Четвертый этап – перенос трансплантата в об-

ласть деформации черепа с надежной фиксацией его к лобной кости шурупами для остеосинтеза.

Результаты исследования и их обсуждение. Операция прошла без осложнений. Экстубация в операционной. Проводилась гемодилюция. Кровопотеря составила 150 мл. Непосредственный эстетический результат проведенной операции хороший. Объем подсаженного трансплантата несколько больше приготовленного до операции шаблона, так как в последующем истинные размеры костных трансплантатов уменьшаются. Пациенту ежедневно проводились перевязки и комплексная противовоспалительная и антибактериальная терапия. Через 9 дней сняты швы – заживление первичным натяжением. Больной выписан на амбулаторное наблюдение.

Заключение. Учитывая хороший эстетический результат проведенного хирургического лечения данного пациента, а также опыт ранее проводимых операций и клинических наблюдений с использованием аутоостеотрансплантатов из гребешка подвздошной кости, данных научной литературы, считаем, что этот способ является оптимальным для устранения таких деформаций.

Литература

1. Балин, В.Н., Александров, Н.М. и др. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. – СПб: «Специальная литература», 1998. – С. 466–479.
2. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – М.: Мед.лит., 2003. – С. 333–385.
3. Гуцан, А.Э. Челюстно-лицевые операции: Справочник.-Витебск: «Белмедкнига», 1977. – С. 307–355.
4. Khomich, S., Khomich, A., Khomich, I. Contour plastic of frontal area after maxillofacial trauma.-Abstracts from the XIXth Congress of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery, Bologna, Italy, September 9th- 12th 2008 // J. of Cranio-Maxillofacial Surgery. – V. 36. – Suppl. 1. – 2008. – P.192.

С.Ф. Хомич, А.С. Хомич

ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ТВЕРДОЙ ОДОНТОМЫ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК

Резюме. В работе представлены сведения о лечении пациентки с одонтогенной опухолью нижней челюсти, устранении дефекта кости аутоостеотрансплантации, восстановлении зубного ряда с помощью дентальной имплантации и протезирования.

Ключевые слова: дентальная имплантация, послеопухолевый дефект челюсти, аутоостеопластика, протезирование металлокерамическими коронками

S.F. Khomich, A.S. Khomich

DENTAL IMPLANTATION AFTER HARD ODONTOMA ELIMINATION

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK

Summary. The study presents information on the treatment of the patient with odontogenic tumor of the mandible, elimination of bone defect by bone autograft, the restoration of the dentition by dental implants and prosthetics.

Key words: dental implantation, post-tumoral mandible defect, autologous osteoplasty, prosthetic metal-ceramic crowns

Введение. Восстановление дефектов зубных рядов, устранение деформаций альвеолярных отростков и челюстей после удаления опухолей является сложной про-

блемой, требующей от врачей индивидуального подхода к определению плана, сроков лечения, методик и материалов [1, 2].

Цель – в клиническом исследовании оценить

результаты комплексного лечения пациентки с твердой одонтомой фронтального отдела нижней челюсти.

Материалы и методы. Нами проведено лечение пациентки с твердой одонтомой фронтального отдела нижней челюсти.

Результаты исследования и их осуждение. Первым этапом лечения проведено хирургическое удаление опухоли в условиях стационара под общим обезболиванием с последующим патогистологическим исследованием. Во время операции проведено удаление находящихся в зоне локализации опухоли семи зубов. Полученный дефект костной ткани тела нижней челюсти и альвеолярного отростка был частично закрыт одновременно с использованием аутоостеотрансплантата, взятого из резецированного венечного отростка нижней челюсти справа, два отмоделированных фрагмента которого фиксированы с помощью специальных костных шурупов с вестибулярной поверхности послеопухолевого дефекта фронтального отдела нижней челюсти. Вторым этапом была проведена дентальная имплантация семью имплантатами AlphaBioс аугментацией альвеолярного отростка. И третьим этапом явилось протезирование несъемными металлокерамическими протезами в области удаленных зубов фронтального отдела альвеолярного отростка нижней челюсти. Указанные этапы лечения представлены ниже.

У пациентки К. в момент операции по поводу удаления твердой одонтомы альвеолярного отростка и тела нижней челюсти во фронтальном отделе удалены зубы 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34. В результате нарушены функции жевания, откусывания, речи. Затруднено общение с окружающими. Через два месяца на панорамной рентгенограмме челюстей определяется полость в костной ткани подбородочного отдела нижней челюсти размерами 6 x 3,5 см, заполненная молодым костным регенератом.

Спустя 6 месяцев пациентке проведено удаление фиксационных шурупов, удерживающих пересаженные костные трансплантаты при одномомент-

ном удалении опухоли нижней челюсти. При этом отмечено, что хорошо заметна прижившая аутокость, формирующая альвеолярный отросток и полностью заполнившая дефект челюсти.

Через полгода после удаления опухоли и пересадки аутоостеотрансплантата на панорамной рентгенограмме определяется восстановление дефекта костной ткани, видны фиксационные шурупы в верхнем отделе подбородочного сегмента нижней челюсти.

При последующем этапе хирургического лечения установлены имплантаты в проекции каждого из удаленных зубов. Имели место незначительные дефекты кортикальной пластинки в области удаленных шурупов.

Во время операции взяты кортикальные трансплантаты в подбородочном отделе и уложены на области дефектов костной ткани с прикрытием имплантатов. В установленные имплантаты AlphaBio вкручены хирургические винты-заглушки. Затем сформирован контур альвеолярного отростка с использованием натурального костного материала AlphaBiosGRAFT. Наложены швы с тщательным закрытием раневой поверхности.

На панорамной рентгенограмме через 2 месяца после дентальной имплантации костная ткань в области дефекта восстановлена, остеоинтеграция имплантатов хорошая.

Через 4 месяца установлены и обработаны супраструктуры. Внутренние винты абатментов закрыты, сформировалась десневая манжетка.

Последующим этапом на имплантаты приспособлены, установлены и фиксированы металлокерамические коронки. Прикус адаптирован.

Заключение.

1. В результате этапного хирургического и ортопедического лечения у больной восстановлена функциональная и эстетическая целостность зубочелюстной системы, воссоздан костный отдел фронтального сегмента нижней челюсти, альвеолярного отростка, зубной ряд нижней челюсти.

2. Проведена социальная и медицинская реабилитация пациентки.

Литература

1. Goldberg VM, Akhavan, S: Biology of bone graft. In: Liberman JR, Fridlaender GE (eds), Bone regeneration and repair. Biology and clinical applications. Totowa, New Jersey: Humana Press, 57 - 66, 2005.
2. Goh, BT, Lee S, Tiedman H, Stoelinga PJW: Mandibular reconstruction in adults: a review. Int J Oral Maxillofac Surg 37: 597-605, 2008.

Н.Н. Чешко¹, Е.С. Богачева², В.А. Чудаков²

ИЗМЕРЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ РАДИОНУКЛИДА СТРОНЦИЙ-90 В КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛОВЕКА IN VIVO

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. МИНСК¹УО «МЕЖДУНАРОДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.Д. САХАРОВА»,
Г. МИНСК²

Резюме. Представлены результаты измерений содержания радионуклида стронций-90, инкорпорированного в костной ткани человека, выполненные на измерительном комплексе «Экспертный бета-гамма-СИЧ».

Ключевые слова: спектрометр излучений человека (СИЧ), инкорпорированный стронций-90

N.N. Cheshko¹, E.S. Bogacheva², V.A. Chudakov²

MEASUREMENT OF STRONTIUM-90 IN HUMAN BONE TISSUE IN VIVO

BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK¹INTERNATIONAL SAKHAROV ENVIRONMENTAL UNIVERSITY, MINSK²

Summary. The results of measurements of radionuclide strontium-90 incorporated in the human bone tissue, performed at the measuring complex "Expert beta-gamma-SHR".

Key words: human radiation spectrometer (SHR), incorporated strontium-90

В результате аварии на Чернобыльской АЭС значительная часть территории Республики Беларусь подверглась радиоактивному загрязнению. В настоящее время основную опасность для организма человека представляют долгоживущие радионуклиды: цезий-137, стронций-90, изотопы плутония и других трансурановых элементов. Разработанный в Международном государственном экологическом университете им. А.Д. Сахарова измерительный комплекс «Экспертный бета-гамма-СИЧ» предназначен для высокоточного прижизненного измерения в стационарных условиях активности бета-излучающих радионуклидов, в первую очередь, стронция-90, а также гамма-излучающих радионуклидов: цезия-134, цезия-137, калия-40, йода-131, йода-123 и других, инкорпорированных в теле человека.

Цель нашего исследования – определение прижизненного содержания радионуклида стронций-90 в костной ткани человека.

Материалы и методы. В 2008–2011 гг. на измерительном комплексе «Экспертный бета-гамма-СИЧ» было обследовано 129 человек: 82 студента МГЭУ им. А.Д. Сахарова и 47 школьников из г. Дзержинска Минской области.

«Экспертный бета-гамма-СИЧ» содержит два канала: бета-канал для определения удельной активности равновесного стронция-90 и гамма-канал для измерения содержания гамма-излучающих радионуклидов, инкорпорированных в организме человека. Бета- и гамма-каналы объединены общим алгоритмом и программным обеспечением обработки спектрометрической и радиометрической информации, при этом бета-канал помещен в

низкофоновую защитную камеру.

Проблема измерения содержания стронция-90 в организме человека осложняется тем, что он, как и дочерний продукт его распада итрий-90, является «чистым» бета-излучателем. Пробег бета-частиц в биологической ткани не превышает 0,010–0,015 м, что затрудняет их регистрацию in vivo. Бета-излучение стронция-90 и дочернего продукта его распада – итрия-90 регистрируется в полях смешанного бета-гамма излучения с помощью четырех комбинированных детекторов типа «фосвич» [1, 2].

Объектом измерения служит голова человека по причине относительно большой массы костей черепа и минимальной толщины покровных тканей.

Комплекс позволяет проводить прижизненное измерение удельной активности Sr-90 в костной ткани человека уже в пределах 20–50 Бк/кг.

Результаты исследования и их обсуждение.

При обследовании студентов МГЭУ 1986–1988 гг. рождения было обнаружено, что 20–25 % из их состава имеют статистически значимые значения содержания стронция-90 (в пределах 100 Бк). У 50 % обследованных этот радионуклид не был обнаружен. Оставшаяся группа имела промежуточные значения. Результаты трехкратного обследования студентов на «стронциевом» СИЧ в 2010 г. повторили процентное отношение 2008 г. и 2009 г.

Предварительные результаты мониторинга школьников из г. Дзержинска, проводившегося в 2011 г., показали, что у 21 % детей было относительно небольшое (в пределах 100–400 Бк на тело) содержание стронция-90 в костной ткани.

Обнаружение этого радионуклида у студентов и школьников, родившихся после Чернобыльской

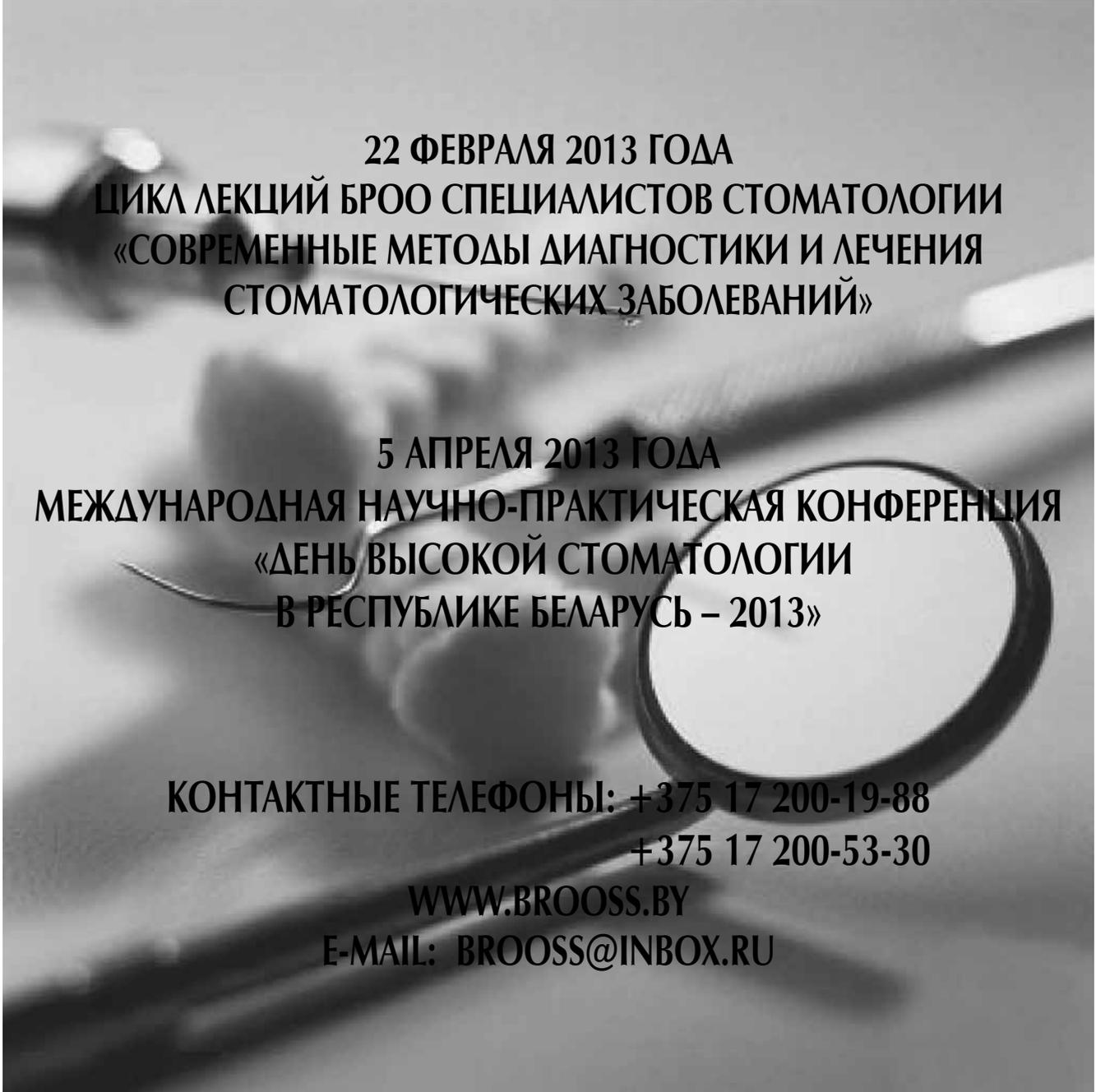
аварии, говорит о наличии неизученных путей поступления стронция в организм.

Заключение. Среди студентов и школьников, у которых был выявлен стронций-90, многие всю

жизнь прожили в г. Минске или г. Дзержинске и никогда не были на загрязненных радионуклидами территориях. Данная ситуация требует специального изучения.

Литература

1. Определение активности Sr-90 в гетерогенной системе / Н. В. Баковец [и др.] // Вестник БГУ. Сер. 1: Физика. Математика. Информатика. – 2005. – №3. – С. 101–103.
2. Методы анализа спектрометрической информации для определения инкорпорированного Sr-90 / О. М. Аншакова [и др.] // АНРИ. – М., 2006. – №3(46). – С. 51–59.



**22 ФЕВРАЛЯ 2013 ГОДА
ЦИКЛ ЛЕКЦИЙ БРОО СПЕЦИАЛИСТОВ СТОМАТОЛОГИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

**5 АПРЕЛЯ 2013 ГОДА
МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ДЕНЬ ВЫСОКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ – 2013»**

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ: +375 17 200-19-88

+375 17 200-53-30

WWW.BROOSS.BY

E-MAIL: BROOSS@INBOX.RU

СТОМАТОЛОГИЯ В УКРАИНЕ – РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В сентябре этого года состоялся 1-й Национальный Украинский стоматологический конгресс. Впервые за годы независимости ведущие специалисты отрасли собрались, чтобы проанализировать состояние отечественной стоматологии, перспективы ее развития и проблемы, над которыми предстоит работать в ближайшее время.

В преддверии стоматологического конгресса 5 сентября 2012 г. состоялся очередной V(XII) съезд Ассоциации стоматологов Украины, на котором проводилось обсуждение основных проблем отрасли и была предложена стратегия дальнейшего развития стоматологии в Украине.

DENTISTRY IN UKRAINE – REALITY AND PROSPECTS

In September, 2012 the First National Ukrainian dental congress has taken place. It was the first time after getting independence when the leading specialists gathered together to analyze the condition of native dentistry, the prospects of its development and the problems to be discussed in the nearest future.

On the threshold of dental congress the fifth (XII) regular conference of the Ukrainian dentists' association took place on the 5th of September, 2012. The discussion of the basic dental problems was carried out and the strategy of the further development of dentistry in Ukraine was suggested there.



Павленко Алексей Владимирович

Президент Ассоциации стоматологов Украины
Главный внештатный стоматолог
Министерства здравоохранения Украины
Доктор медицинских наук, профессор
Заслуженный деятель науки и техники
Директор Института стоматологии КМАПО

Единогласным решением делегатов V(XII) съезда Ассоциации стоматологов Украины (АСУ) на следующий срок полномочий был переизбран Президентом Ассоциации стоматологов Украины профессор Павленко Алексей Владимирович. В своем отчетном докладе он акцентировал внимание на основных направлениях работы АСУ, основанных на методическом обеспечении, научном обосновании и организации и

проведении непрерывного образования: современные методы диагностики, лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний в учреждениях здравоохранения; разработка и внедрение усовершенствованных стандартов оказания стоматологической помощи населению; организация и проведение непрерывного образования врачей-стоматологов путем проведения конференций, семинаров, консультаций (в том числе с применением современных информационных технологий) и издания научно-практической литературы.

Важнейшими направлениями работы АСУ Павленко А.В. отмечает:

- определение роли АСУ в системе организации стоматологической помощи населению Украины;
- создание механизмов защиты членов АСУ в практической деятельности;
- разработка и утверждение «Этического кодекса врачей-стоматологов Украины»;
- интеграция АСУ в международном сообществе на основании договорных отношений.

За последние 2 года при активном участии профессора Павленко А.В. проводилась совместная работа Координационного совета АСУ и Координационного совета МЗ Украины по вопросам стоматологии, что дало успешные результаты в виде 4-х нормативных документов – приказов Министерства здравоохранения, которые внесли определенные изменения. Во-первых, обновлены квалификационные характеристики каждой стоматологической специальности (их 6 – стоматолог общей практики, терапевт, хирург, ортодонт, ортопед и стоматолог детский). Во-вторых, разрешено легализовать платные услуги через ортопедические отделения, в штат которых сейчас можно вводить терапевтов, хирургов, ортодентов как специалистов, которые занимаются подготовкой пациента к протезированию. В третьих, внедрено

новое ведение первичной документации, впервые в отчетность введена дентальная имплантология. В четвертых, предусмотрена бонусная накопительная система при непрерывном образовании специалистов в стоматологии – теперь врач может получать бонусы за участие в конференциях, конгрессах, мастер-классах. Это стимулирует его не только пройти курсы повышения квалификации 1 раз в 5 лет, а работать над совершенствованием своего мастерства постоянно.

Ведущие украинские специалисты детально остановились на существующих проблемах оказания стоматологической помощи населению Украины и представили свои предложения по улучшению качества и доступности проведения необходимых стоматологических манипуляций, а также профилактики и снижения стоматологической заболеваемости. Косенко К.Н., Деньга О.В. представили анализ основных направлений научных исследований в стоматологии и оценку ее эффективности. О состоянии и перспективах развития детской стоматологии в Украине говорили Савичук Н.О., Хоменко Л.А., Смоляр Н.И. Состояние пародонтологической помощи в Украине и перспективы ее развития раскрыли Белоклицкая Г.Ф., Борисенко А.В. О состоянии и перспективах развития ортопедической стоматологической помощи в Украине доложили Беда В.И., Неспрядько В.П., Макеев В.Ф. Подняли вопрос о состоянии ортодонтической помощи и рассмотрели основные парадигмы развития украинской ортодонтии на современном этапе Дрогомирецька М.С., Флис П.С., Смаглюк Л.В. Основные достижения и перспективы хирургической стоматологии в Украине представил Тимофеев А.А. Медицинские и социальные аспекты развития дентальной имплантации на современном уровне развития раскрыли Угрин М.М. и Заблоцкий Я.В. О развитии научной и клинической эндодонтии в Украине и путях совершенствования эндодонтической помощи населению доложили Политун А.М., Скрипникова Т.П., Педорез А.П., Николишин А.К. Вопрос внедрения инновационных технологий в практическую стоматологию подняла Мазур И.П., Вахненко А.Н., Романов Г.Г., Бугорков И.В. доложили о состоянии стоматологической помощи населению Украины, перспективах развития и организации стоматологической помощи в Украине в современных экономических условиях.

В рамках конгресса работали 10 секций по разным направлениям стоматологической помощи, где обсуждались достижения современной украинской стоматологической школы, внедрение инновационных технологий, междисциплинарные подходы в лечении стоматологических заболеваний, вопросы внедрения эффективных протоко-

лов лечения, принятых в мире.

Целью конгресса было подведение итогов тех достижений отечественной стоматологической школы, которые отрасль наработала за 20 лет. Украинская стоматологическая школа создавалась известными учеными, в память которых Ассоциация стоматологов Украины ввела «Почесну відзнаку в галузі стоматології». Этой наградой на съезде Ассоциации стоматологов были награждены отечественные специалисты по четырем направлениям: терапевтическая стоматология имени Н.Ф. Данилевского, ортопедическая стоматология имени С.И. Криштаб, хирургическая стоматология имени Ю.И. Бернадского, стоматология детского возраста имени И.И. Новика.

Так, по хирургической стоматологии были отмечены Тимофеев Алексей Александрович и Маланчук Владислав Александрович. По терапевтической стоматологии награды получили Борисенко Анатолий Васильевич и Белоклицкая Галина Федоровна. За личный вклад в развитие ортопедической стоматологии также награждены Неспрядько Валерий Петрович и Макеев Валентин Федорович. Наград в отрасли стоматологии детского возраста были удостоены Хоменко Лариса Александровна и Косенко Константин Николаевич.

На торжественном открытии 1-го Национального украинского стоматологического конгресса Президент ВУЛТ Мусий О.С. обратил внимание на роль общественных профессиональных объединений в реформировании системы здравоохранения в Украине. Из известных специалистов медицинской отрасли участие в торжественном открытии приняли академик НАМН Украины, ректор Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика Вороненко Ю.В., главный стоматолог МЗ Украины, Президент Ассоциации стоматологов Украины Павленко А.В., представители руководства Министерства здравоохранения Украины.

Представляя достижения современной украинской школы, организаторы вызвали заинтересованность коллег из-за рубежа (Россия, Беларусь, Израиль), тем более, что много наших соотечественников сегодня плодотворно работают за пределами Украины. Только вместе, в содружестве активных и талантливых коллег, можно надяться на перспективу реального оздоровления населения. Убеждены, что состоявшийся Конгресс будет иметь дальнейший успех, будет способствовать разработке новых совместных успешных научных идей, путей решения актуальных проблем современной стоматологии и придаст существенное ускорение стоматологической науке Украины.

Поступила в редакцию 08.10.2012

1-Й НАЦИОНАЛЬНЫЙ УКРАИНСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС
«СТОМАТОЛОГИЯ В УКРАИНЕ – РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ».
V (XII) СЪЕЗД АССОЦИАЦИИ СТОМАТОЛОГОВ УКРАИНЫ (Г. КИЕВ).



Гости съезда из Белоруссии, России, Израиля

ЛЕКЦИИ БЕЛОРУССКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ **СПЕЦИАЛИСТОВ СТОМАТОЛОГИИ** «СОВРЕМЕННАЯ ПРАКТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

5 октября 2012г. на базе УЗ «4-я городская клиническая стоматологическая поликлиника» г. Минска был организован и проведен цикл лекций на тему «Современная практическая стоматология» в рамках образовательной деятельности Белорусского Республиканского общественного объединения **специалистов стоматологии**.



Приветственное слово председателя БРОО специалистов стоматологии, д-ра мед. наук, профессора Л.Н. Дедовой

Председатель БРОО **специалистов стоматологии** д-р мед. наук, профессор Л.Н. Дедова во вступительном слове сообщила о результатах и перспективах работы БРОО **специалистов стоматологии**, акцентировала внимание присутствующих на возможности использования интернет-ресурсов с целью получения информации об образовательной деятельности БРОО **специалистов стоматологии**.

В лекции канд. мед. наук, ассистента кафедры терапевтической стоматологии БелМАПО В.А. Андреевой «Шинирование зубов с помощью совре-



Лекцию читает канд. мед. наук В. А. Андреева

менных адгезивных материалов» была представлена подробная информация методах и средствах шинирования зубов. Лектор уделила большое внимание практическим аспектам стабилизации зубов: показаниям и противопоказаниям к шинированию, недостаткам и преимуществам различных шинирующих конструкций.

Информацию «Новинки Локалюта. Экстрасенситив и White and Repair» предоставил – О.А. Тарасов «Dr. Theiss Natuwaren».



Выступает представитель фирмы Локалюта

Лекция ассистента кафедры стоматологии детского возраста БелМАПО канд. мед. наук З.Р. Валеевой на тему «Кариозные поражения незрелых постоянных зубов. Стратегия и тактика в диагностике и лечении» вызвала живой интерес у слушателей, так как представленный материал присутствующие воспринимали не только с точки зрения стоматологов, но и с позиции родителей.



Докладчик канд. мед. наук З.Р. Валеева

Докладчик уделила большое внимание тактике врача-стоматолога при проведении диагностических и лечебных мероприятий у детей с низкой резистентностью к кариесу зубов.

С докладом «Новые подходы в лечении кариозных дефектов корня зуба» выступила канд. мед.



Выступление канд. мед. наук О.В. Кандрукевич



Аудитория

наук ассистент 3-ей кафедры терапевтической стоматологии УО БГМУ О.В. Кандрукевич. Она проинформировала слушателей о путях преодоления проблем, возникающих при лечении кариозных дефектов корня зуба. Благодаря интересному иллюстративному материалу презентации, врачи получили наглядное представление об особенностях препарирования и пломбирования кариозных полостей на корне зуба.

Активное обсуждение лекций продолжилось в процессе последующей живой дискуссии.

Цикл лекций «Современная практическая стоматология» посетили более 90 врачей-стоматологов.

Такой интерес практических врачей к лекционной деятельности БРОО **специалистов стоматологии** свидетельствует о том, что подобные мероприятия важны и востребованы.

Традиционно слушатели выразили благодарность за предоставленную интересную и полезную информацию, высказали пожелания по содержанию последующих лекций БРОО **специалистов стоматологии**.

*Подготовила канд. мед. наук, ассистент 3-й кафедры терапевтической стоматологии УО БГМУ
О.В. Кандрукевич*

ПРОГРАММА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ БЕЛОРУССКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СТОМАТОЛОГИИ НА 2013 ГОД

Вид мероприятия	Организатор	Время и место проведения
Лекции БРОО специалистов стоматологии	БРОО специалистов стоматологии 3-я кафедра терапевтической стоматологии БГМУ	Минск, февраль 2013 г.
Международная научно-практическая конференция	БРОО специалистов стоматологии 3-я кафедра терапевтической стоматологии БГМУ	Минск, апрель 2013 г.
Лекции БРОО специалистов стоматологии	БРОО специалистов стоматологии 3-я кафедра терапевтической стоматологии БГМУ	Минск, октябрь 2013 г.
Лекции БРОО специалистов стоматологии	БРОО специалистов стоматологии 3-я кафедра терапевтической стоматологии БГМУ	Минск, ноябрь 2013 г.

ВНИМАНИЕ ПОДПИСКА!
ОФОРМЛЯЙТЕ ПОДПИСКУ НА ЖУРНАЛ «СТОМАТОЛОГ»

Каталог подписных изданий
 РУП «Белпочта» РБ, страница 208

Подписной индекс	Периодичность
74817 – для индивидуальных подписчиков	2 журнала в полугодие или 1 журнал в квартал
748172 – для организаций и предприятий	2 журнала в полугодие или 1 журнал в квартал

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!
НАШ ЖУРНАЛ ВКЛЮЧЕН В ПОДПИСНЫЕ КАТАЛОГИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И УКРАИНЫ

Информация о подписном индексе и стоимости подписки в Российской Федерации и Украине размещена на сайтах:

для РФ - interpochta.ru, periodicals.ru
 для Украины - presa.ua

телефоны:
interpochta.ru +7(495) 788 00 60; +7(495) 500 00 60
periodicals.ru +7(495) 672 70 42; +7(495) 672 70 12
presa.ua (044) 248 03 77; (044) 289 76 63

К сведению читателей! Журнал «Стоматолог» публикует научные статьи, литературные обзоры, клинические исследования и их результаты, информацию о передовом отечественном и зарубежном опыте, информационно-рекламные материалы.

1. Требования к оформлению статьи:

- Статья должна быть напечатана на одной странице полуторным интервалом между строками. Ширина поля слева – 3 см, сверху и снизу -2,5 см, справа – 1 см. Шрифт- Times New Roman, размер шрифта- 12 пунктов в формате WORD-97-2003.
- Научные статьи должны включать следующие элементы: фамилию и инициалы автора (авторов), ее название, введение, материалы и методы, результаты исследования и их обсуждение, заключение, завершаемое четко сформулированными выводами, список цитированных источников, резюме и ключевые слова. На английском языке указываются фамилии и инициалы авторов, название статьи, резюме и ключевые слова.
- Название статьи должно отражать основную идею, быть по возможности кратким, содержать ключевые слова.
- Объем научной статьи, учитываемой в качестве публикации по теме диссертации, должен составлять, как правило, не менее 0,35 авторского листа (14000 печатных знаков, включая пробелы между словами, знаки препинания, цифры и другие).
- В конце статьи должны быть полностью указаны имена, отчества, домашние адреса и телефоны всех авторов, прилагаться фотографии всех авторов.
- Аннотация (до 10 строк) должна ясно излагать содержа-

ние статьи и быть пригодной для опубликования в аннотациях к журналам отдельно от статьи.

- Статья должна быть отредактирована и выверена автором.
- Сокращение слов не допускается, все измерения подаются в системе СИ.
- Все таблицы, рисунки, графики и диаграммы должны иметь названия, пронумерованы в соответствии с порядком цитирования в тексте, представлены на отдельной странице.
- Список цитированных источников оформляется по тем же правилам, что и в тексте диссертации. Список располагается в конце текста, ссылки нумеруются согласно порядку цитирования в тексте. Порядковые номера должны быть написаны внутри квадратных скобок.

2. Требования к иллюстративному материалу:

- Иллюстрация должна быть подана в виде электронного файла в формате EPS и TIF и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
- Название располагается под иллюстрацией.
- В случае использования иллюстраций, заимствованных из других источников, следует давать ссылку на авторов иллюстрации.

3. Редакция оставляет право редактировать статьи.

4. Материалы статей, принятых к печати, не возвращаются.

«СТОМАТОЛОГ» – НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Адрес редакции: 220004, Беларусь, г. Минск, ул. Сухая д.28, каб. 904 ,тел. +375172001988, +375172005330

E-mail: Dedova.bsmu@mail.ru

Свидетельство о регистрации № 1407. Выдано Министерством информации Республики Беларусь, 12 января 2011 года
 Периодичность – ежеквартально
 Ответственная за выпуск
 М.В. Карпинчик
 Рукописи рецензируются независимыми экспертами
 Ответственность за достоверность и интерпретацию информации несут авторы и рекламодатели

Перепечатка материалов возможна только с письменного разрешения редакции
 Подписано в печать с оригинал-макета ноября 2012
 Формат:1/8 60x90
 Тираж 500 экз. Заказ
 Отпечатано в типографии ООО «Творческая мастерская «АРГО-ГРАФИКС»
 Лицензия типографии №02330/110 от 03.04.2009 г.
 Адрес типографии г. Минск, ул. Мележа, 1 к. 221
 Цена свободная
 Распространяется по каталогу РУП «Белпочта»

Катафаст®

ДИКЛОФЕНАК **КАЛИЯ**

165-BY-CZ

ОРИГИНАЛЬНЫЙ
ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

САМЫЙ БЫСТРЫЙ ПРИ ОСТРОЙ БОЛИ

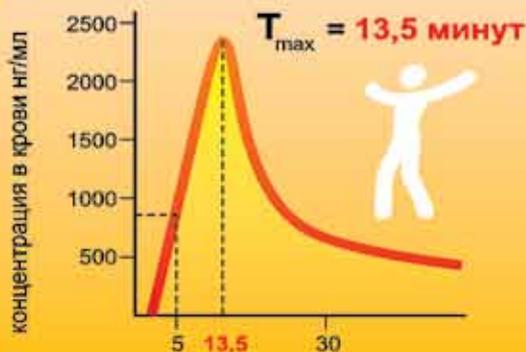


Купирование боли ЕЩЕ БЫСТРЕЕ

- при головной боли (в т. ч. мигрени);
- после травм (в т. ч. спортивных);
- при зубной боли;
- при гинекологических заболеваниях (в т. ч. альгоменорее);
- при тонзиллите, фарингите и отите.

Катафаст® начинает оказывать обезболивающее действие в течение 5 минут

5
МИНУТ



В течение первых **5 минут** в плазме достигается практически половина от максимальной концентрации Катафаста®, благодаря чему приступ острой боли снимается чрезвычайно быстро.

БЫСТРОЕ достижение пика концентрации в крови обеспечивается лекарственной формой и калиевой солью диклофенака

 NOVARTIS

БЫСТРО • УДОБНО

Лекарственное средство. Перед употреблением рекомендуется консультация врача. Рег. уд. МЗ РБ 9432/10 до 28.09.2015

Для эффективного и долговременного снижения чувствительности зубов



Для кого рекомендуются зубные пасты Lacalut Sensitive и Lacalut Extra Sensitive:

LACALUT Sensitive – для людей с повышенной чувствительностью зубов, испытывающих боль редко и при конкретном раздражителе (например, при употреблении холодных напитков).

LACALUT Extra Sensitive – для людей с сильно выраженной чувствительностью зубов, постоянно испытывающих спонтанное проявление боли от любого раздражителя, а также для стоматологов при выполнении стоматологических процедур.

Произведено в Германии

