

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

II МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2019

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ,
ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ
ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ**

4–5 апреля 2019 года

ТЕЗИСЫ

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2019

УДК616.31:616.379-008.61

ББК 56.6+54.15

М43

Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний тканей пародонта у пациентов с сахарным диабетом: тезисы / под ред. проф. А.К. Иорданишвили. – СПб: Человек, 2019. – 56 с.

В сборнике представлены тезисы докладов, озвученных на Второй международной научно-практической конференции «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом». Обсуждаются организационные, научные и прикладные вопросы здравоохранения, направленные на оптимизацию оказания стоматологической помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом 2-го типа.

Издательство ООО «Человек», СПб.
199004, Россия, Санкт-Петербург, Малый пр. В.О., 26, оф. 3.
Тел.: (812) 325-25-64. www.mirmed.ru. E-mail: zakaz@mirmed.ru.
Подписано в печать 25.03.19. Формат 60×90/16.
Гарнитура Мириад. Усл.-печ. л. 3,5. Тираж 500 экз.

ISBN 978-5-93339-434-1

© Издательство «Человек», 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИВЕТСТВИЯ	5
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПРОГРАММ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ	7
Антонова Е.Н., Акулин И.М., Удальцова Н.А.	
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	8
Антонова Е.Н., Удальцова Н.А., Акулин И.М., Стахович П.В.	
ПАЦИЕНТЫ С ЭПИЛЕПСИЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ	9
Бабич В.В.	
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЛЕЧЕНИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА БАЗЕ ФИТНЕС-ЦЕНТРА С УЧЕТОМ ИХ КОМПЛАЕНСА.....	10
Бобунов Д.Н., Михайлов В.Д., Берия В.С., Шапурко О.Н., Шишелова В.С., Калугина В.П., Демидова М.О.	
РОЛЬ И МЕСТО ФИТНЕС-ЦЕНТРА В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАЖБП.....	11
Бобунов Д.Н., Михайлов В.Д., Берия В.С., Шапурко О.Н., Шишелова В.С., Калугина В.П., Демидова М.О.	
АНАЛИЗ ПРИЧИН УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	13
Веревкин И.В., Бородулин И.В.	
ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	14
Волкова Т.В., Пихур О.Л.	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	14
Гордеев М.И.	
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА.....	15
Гусейнов Р.З., Иорданишвили А.К.	
КАРТИНА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ТИПОВЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.....	16
Дягилев А.И.	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....	19
Забезинская И.З., Ханов И.А., Антонова Е.Н., Присяжнюк О.В.	
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТ ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАЙОННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ	20
Заборовский К.А., Эберхард Д.	
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	21
Иванов В.В.	
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПАРЕСТЕЗИИ ПОЛОСТИ РТА	22
Иорданишвили А.К., Либих Д.А.	
ОСТЕОГЕНЕЗ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И РЕПАРАТИВНЫЙ.....	23
Иорданишвили А.К.	
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ	24
Иорданишвили А.К., Робустова Т.Г.	
КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. ПРОЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА.....	25
Кулик И.В., Хромова Е.А., Черных А.А.	
СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ.....	26
Лесоцкая Е.А., Кулик И.В., Саханов А.А., Евсеева И.К.	
БИОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ОДОНТОГЕННЫМ СЕПСИСОМ НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	28
Мадай Д.Ю., Удальцова Н.А., Мадай О.Д.	
СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ РАНЕННЫХ И ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫМИ ТРАВМАМИ И ИНСД.....	28
Мадай Д.Ю.	
НЕОТЛОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ И ИНСД.....	29
Мадай О.Д., Гайворонский И.В., Бадалов В.И.	
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КАРИЕСОМ КОРНЯ ЗУБА	29
Малина (Шпилицына) М.С., Тьтюк С.Ю., Иорданишвили А.К.	
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.....	30
Малина (Шпилицына) М.С., Тьтюк С.Ю., Иорданишвили А.К.	

О ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЛИЦА.....	31
Мальшев М.Е., Гусейнов Р.З., Иорданишвили А.К.	
ЭНДОДОНТОПАРОДОНТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ – КОМОРБИДНОСТЬ –ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ	32
Мороз П.В., Гук В.А., Иорданишвили А.К.	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ МУКОЗИТА И ПЕРИИМПЛАНТИТА	32
Музыкин М.И., Цыган В.Н., Лосев Ф.Ф., Иорданишвили А.К.	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АНГИОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	33
Музыкин М.И., Шенко Л.И., Воскресенский В.В.	
ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНОВЫХ БИОМАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ И МЯГКОТКАННЫХ ДЕФЕКТОВ.....	34
Музыкин М.И., Дзыгарь А.А., Мишук Д.Ю., Иорданишвили А.К.	
НОВАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СОСТОЯНИЙ ТКАНЕЙ ВОКРУГ ИМПЛАНТАТОВ – НОВАЯ СТУПЕНЬ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТОЛОГИИ	35
Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Лобода Е.С., Тачалов В.В., Посохова Э.В.	
ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЛУНКИ ЗУБА	37
Робустова Т.Г., Иорданишвили А.К., Лысков Н.В., Коровин Н.В.	
ВЫБОР СРЕДСТВ ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА И ОРТОДОНТА.....	38
Рыжова Д.В., Фадеев Р.А.	
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА С ПАЦИЕНТОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ.....	39
Старковский К.И., Михайлова А.В., Николаева М.В., Каминская Л.В., Толкачева С.В.	
ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ МОЛЯРНО-РЕЗЦОВАЯ ГИПОМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	40
Ткаченко Т.Б., Савушкина Н.А., Которова О.Л., Карпова Л.С.	
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОНКОСКРИНИНГА НА БАЗЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА.....	41
Удальцова Н.А., Хромова Е.А., Кулик И.В., Саханов А.А., Леонова Е.В., Лесоцкая Е.А., Иорданишвили А.К.	
ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРАБОТКИ РАН МЯГКИХ И ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА	43
Удальцова Н.А., Мадай О.Д.	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ОНКОПАТОЛОГИЮ И ПЕРЕНЕСШИХ ХИМИОТЕРАПИЮ	43
Ханов И.А.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА.....	44
Шумченко М.А.	
ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ – ПРЕДПОСЫЛКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА	44
Шумченко М.А.	
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	45
Щегельская Т.Ю., Цейтлин О.Я.	
ОСОБЕННОСТИ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТОПАТИЕЙ.....	46
Ячменёва М.И., Михайлова А.В., Иванова С.Е., Чура О.В.	
ASSESSMENT OF SEVERITY OF THE CURRENT OF THE COMPLICATED FORMS OF THE ACUTE ODONTOGENIC INFECTION	47
Karshiyev H.K., Muzykin M.I., Iordanishvili A.K.	
STUDYING OF MORPHOLOGICAL CHANGES OF SOFT TISSUES AT EXPERIMENTAL SUPERFICIAL PHELGMON	48
Karshiyev H.K., Muzykin M.I., Iordanishvili A.K.	
RUSSIAN MATERIALS FOR REPARATIVE OSTEOGENESIS.....	49
Khitiri D.G., Shengelia E.V., Muzykin M.I., Iordanishvili A.K.	
BIOCOMPLEX DENTAL PASTE AND RINSE FOR ORAL CAVITY "R.O.C.S. DOUBLE MINT" IN THE CONSERVATION OF ADULT DENTAL HEALTH.....	50
Makhmud Al Jamal, Soldatova L.N., Zuikova M.A., Iordanishvili A.K.	
EXPERIENCE OF APPLICATION OF DENTAL PASTE R.O.C.S. JUNIOR IN CHILDREN'S DENTISTRY	50
Makhmud Al Jamal, Soldatova L.N., Soldatov V.S., Idris A.Y., Iordanishvili A.K. Maday D.Y., Udaltsova N.A., Maday O.D.	
FLUORIDE IN BULGARIAN GROUNDWATER AND MORBIDITY OF DENTAL FLUOROSIS.....	52
Pikhur O.L., Benderev A.D.	
TEETH CARIES AND FLUORINE IN DRINKING WATER IN DIFFERENT REGIONS OF RUSSIA	53
Pikhur O.L., Tishkov D.S., Soldatova L.N., Iordanishvili A.K.	
CHARACTERISTICS OF USING THE METHODS OF BONE PLASTIC IN PRACTICAL DENTISTRY	53
Shengelia E.V., Khitiri D.G., Poplavsky D.V., Muzykin M.I., Iordanishvili A.K.	
ORGANIZATION OF DISPENSARY OBSERVATION FOR ADULT PATIENTS OF THE DENTAL PROFILE IN THE DISTRICT HOSPITAL	54
Zaborovsky K.A., Slama M.	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	56



Глубокоуважаемые коллеги!

Научно-практическая конференция «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом» в Санкт-Петербурге проводится в пятый раз, но только в 2018 году она стала широкомасштабной конференцией с привлечением участников из стран ближнего и дальнего зарубежья и получила статус международной научно-практической конференции.

Практическая возможность ежегодно реализовывать в рамках научно-практической конференции обсуждение организационных и прикладных вопросов здравоохранения, а также осуществлять полезные друг для друга встречи между стоматологами и эндокринологами обусловлена наличием в Санкт-Петербурге единственного нештатного Центра по лечению стоматологических заболеваний у больных, страдающих сахарным диабетом, у истоков которого стоял главный стоматолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова, доктор медицинских наук, профессор Б.Т. Мороз. Наличие такого Центра дало возможность динамического наблюдения за больными, страдающими сахарным диабетом 2-го типа, а также углублённого изучения их стоматологического статуса и своевременного лечения основных стоматологических заболеваний, что улучшило состояние их здоровья и качество жизни.

Надеюсь, что добрая традиция проводить ежегодно международную научно-практическую конференцию «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом», являющаяся символом преданности добру, состраданию, профессионализму, делу охраны здоровья населения России, будет сохраняться вами долгие годы.

Успехов вам, коллеги!

Главный специалист-стоматолог Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
Заслуженный врач РФ,
член-корреспондент Российской академии наук,
ректор и заведующий кафедрой пародонтологии Московского
государственного медико-стоматологического университета
имени А.И. Евдокимова,
доктор медицинских наук, профессор
О.О. Янушевич



Дорогие коллеги!

Позвольте приветствовать вас и поздравить с праздником российской стоматологии, каким является проводимая 4-5 апреля 2019 года в Санкт-Петербурге вторая международная научно-практическая конференция «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом», на которую многие из вас приехали за тысячи километров, из самых отдалённых частей нашей Родины, а также поздравить зарубежных гостей! Вас объединяет одно – желание обсудить важные вопросы, посвященные улучшению организации и оказания стоматологической помощи людям, страдающим сахарным диабетом 2-го типа.

Появление в Санкт-Петербурге штатного Центра по лечению стоматологических заболеваний у больных с сахарным диабетом создало возможность для продуктивной работы врачей-стоматологов по лечению и профилактике рецидивирования основных стоматологических заболеваний у лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа. По опубликованным материалам предыдущих конференций видно, что вами разработано и внедрено в практическое здравоохранение много новых методов лечения заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта при сахарном диабете 2-го типа, создана система динамического наблюдения за такими пациентами, что существенно улучшило их соматическое и стоматологическое здоровье, а также качество жизни.

Уверен, что на ежегодной научно-практической конференции «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом», проведение которой стало доброй традицией стоматологов Санкт-Петербурга, произойдёт обмен мнениями между специалистами, в том числе и по спорным вопросам. Молодые учёные, преподаватели и врачи получают на конференции много ценного, как от опытных специалистов Санкт-Петербурга и гостей из других городов России, так и от специалистов-стоматологов, представляющих на конференции страны ближнего и дальнего зарубежья. Всё это позволит улучшить оказание стоматологической помощи людям, страдающим сахарным диабетом 2-го типа.

Искренне желаю вам плодотворной работы и успехов в работе конференции.

Директор Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
главный специалист – челюстно-лицевой хирург,
академик Российской академии наук,
Заслуженный деятель науки Российской Федерации,
Лауреат Премии Правительства России,
доктор медицинских наук, профессор
А.А. Кулаков



ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПРОГРАММ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Антонова Е.Н., Акулин И.М., Удальцова Н.А.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29», Санкт-Петербург

Ключевые слова: медико-социальная помощь, ортопедическая помощь.

Актуальность вопроса: Российская Федерация (далее – РФ) свою государственную политику формирует в соответствии с положениями Конституции РФ. Согласно ст. 7 Конституции «Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека». Социальная защита населения является практической деятельностью по реализации основных направлений социальной политики и рассматривается российским социальным правом как система правовых гарантий и охранительных мер, защищающих членов общества от экономической, социальной и физической деградации. Изучение государственной политики во временных аспектах не только вооружает необходимыми знаниями, но и позволяет дать оценку существующим нормативно-правовым актам государства. А изучение истории науки для каждого специалиста является обязательным для формирования личности профессионала в данной области.

Цель: ознакомить с основными историческими аспектами оказания ортопедической стоматологической помощи на территории русских земель начиная с времен Царской России и до сегодняшних дней.

Материал и методы: для проведения исследования применялись историко-сравнительный, историко-системный и историко-проблемный метод.

Результаты и их обсуждение: возникновение зубоврачебной помощи в России относится к эпохе царствования Ивана Грозного, когда для этой цели были выписаны из Англии аптекари и цирюльники. Во времена Российской империи стоматологическая помощь оказывалась только за счет собственных средств больного, и очень небольшая категория населения могла позволить себе такой вид лечения из-за его дороговизны и недоступности. Образовавшаяся советская власть провела реформы по превращению стоматологических услуг в государственную отрасль посредством его национализации, было принято постановление «Об использовании частных зубоврачебных кабинетов в интересах трудящегося населения» (сентябрь 1918 г.). Далее Наркомздрав РСФСР на основании рекомендации зубоврачебной подкомиссии издал циркуляр № 114 «О снабжении застрахованных челюстями и зубными протезами» «Бюллетень НКЗ» 1923 №11 с. 4., освещающий основные правовые положения о бесплатном зубопротезировании. В список граждан, имеющих право на данный вид помощи, входили рабочие вредных для полости рта и зубов производства, а также застрахованные, у которых отсутствие зубов вызывало резкое нарушение жевания и упадок питания.

В годы ВОВ основное место в оказании стоматологической помощи заняла челюстно-лицевая ортопедия. На внеочередное протезирование претендовали больные, командируемые с фронта. Протезирование было показано при резком упадке питания, при необходимости изготовления послеоперационных протезов, obtураторов, отсутствии свыше шести зубов на одной челюсти, двух фронтальных зубов. В тылу предусматривалось оказание стоматологической помощи рабочим и служащим, работающим в оборонной промышленности. В конце 1940-х гг. Министерство здравоохранения СССР отказалось от идеи всеобщего бесплатного зубного протезирования трудящихся. В послевоенные годы в СССР все работающее население получало ортопедическую помощь за счет собственных средств. Только узкий слой населения мог войти в программу бесплатного протезирования, те, кто был не способен зарабатывать себе на жизнь или зарабатывал очень мало. На страницах истории организации стоматологической помощи в СССР не однократно прослеживаются попытки поднятия вопроса о всеобщей бесплатной ортопедической помощи для населения страны многими специалистами-стоматологами. Однако такие меры так и не были приняты Министерством здравоохранения СССР.

Сегодня медицинскую стоматологическую помощь каждый гражданин Российской Федерации может получить в рамках Территориальной программы Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее ОМС). В данную программу оказание ортопедической стоматологической помощи не включено. Получение ортопедической стоматологической помощи возможно на возмездной основе согласно действующему прейскуранту на оказание платных медицинских услуг в каждой конкретной медицинской организации. Однако на сегодняшний день в России действуют программы по льготному зубопротезированию, которые могут отличаться в зависимости от региона и его экономического развития.

Заключение: системное становление стоматологической помощи на территории русских земель впервые произошло в годы СССР. Медико-социальная стоматологическая ортопедическая помощь всегда оказывалась на региональном уровне. В зависимости от временного периода истории и состояния экономического развития региона

порядки получения данного вида помощи претерпевали изменения. Всеобщее бесплатное зубопротезирование трудящихся было только в довоенные годы СССР и осуществлялось за счет страховых взносов.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Антонова Е.Н., Удальцова Н.А., Акулин И.М., Стахович П.В.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29», Санкт-Петербург

Ключевые слова: сахарный диабет, рецессия десны.

Актуальность проблемы. Сахарный диабет (далее – СД) занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях в индустриально-развитых странах, и несет ряд неблагоприятных медико-социальных последствий. Согласно данным зарубежных авторов, примерно 177 миллионов людей страдают СД, и к 2030 году это число удвоится. Сегодня, пациенты страдающие данным заболеванием ведут активную жизнь и участвуют в диспансеризации. ГБУЗ «СП № 29» проводит диспансеризацию населения по заболеванию – СД с 2015 года. Пациентов регулярно, раз в 3-6 мес., вызывают на визит к врачу стоматологу-пародонтологу. Ранее заболевание СД было противопоказанием к проведению хирургических операций в полости рта, но по мере развития медицинской науки стали проводить хирургическое лечение пациентам с СД к компенсированной форме.

Пациенты, обращаясь к врачу-пародонтологу, предъявляют жалобы на оголения корней зубов, на неудовлетворительную эстетику таких зубов и приходят с запросом на устранение рецессий десен. На II хирургическом отделении 29-й городской стоматологической поликлиники успешно проводят хирургические вмешательства пациентам, страдающим СД в компенсированной форме.

Цель исследования. Провести оценку результатов, полученных после проведения операций по устранению рецессий десен у пациентов с СД.

Материалы и методы исследования. Двум пациентам с СД 2-го типа (возраст 45 – 1-й случай и 57 лет – 2-й случай) было проведено хирургическое лечение, направленное на устранение множественных рецессий десны в общей сложности в области 7 зубов верхней и нижней челюсти.

Пациенты страдают СД 10 и 12 лет соответственно, показатели гликированного гемоглобина перед операцией в течение месяца были стабильны – 7,5 и 7,0% соответственно.



Рис. 1. Пациент 45 лет. До операции



Рис. 2. Пациент 45 лет. После операции



Рис. 3. Пациент 57 лет. До операции



Рис. 4. Пациент 57 лет. После операции

Оба пациента жаловались на неудовлетворительную эстетику зубов с рецессиями десен. После выяснения жалоб и сбора анамнеза пациентам было проведено клиническое, лабораторное, инструментальное, рентгенологическое обследования. Изучение характера рецессий позволило отнести рецессии 1-го пациента к рецессиям I класса по Миллеру, у 2-го пациента – III класс по Миллеру. Основные этиологические и предрасполагающие факторы, ставшие причиной развития рецессий у данных пациентов, были:

- у 1-го пациента – патология прикуса и травматическая чистка зубов;
- у 2-го пациента – патология прикуса и длительно существующая бактериальная инфекция.

Все пациенты были ознакомлены с возможными осложнениями и предупреждены о влиянии патологии прикуса на состояние десен и подписали письменное информированное согласие на предложенное лечение.

Хирургическое вмешательство выполнялось двухслойными методами устранения рецессий десны:

- метод коронального смещения расщепленного – полнослойно-расщепленного лоскута и пересадка соединительно-тканного трансплантата (далее – СТТ) с забором с поверхности твердого неба (1-й пациент – 45 лет, устранение рецессий в области 32–42-го зубов)
- туннельный метод с использованием СТТ (2-й пациент – 57 лет, устранение рецессии в области 11–22-го зубов).

Заключение. Проведенное лечение позволило успешно устранить 7 из 7 рецессий, а также увеличить ширину зоны кератинизированной прикрепленной десны с улучшением внешнего вида зубных рядов.

ПАЦИЕНТЫ С ЭПИЛЕПСИЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ Бабич В.В.

Кафедра ортопедической стоматологии

ЧОУ ВПО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург

Больные, страдающие эпилепсией, представляют собой особую категорию пациентов среди обращающихся за стоматологической помощью. Это связано с возможным провоцированием эпилептического приступа (статуса) в условиях стоматологического кабинета специфическими раздражителями, такими как яркий свет; раздражающий, непривычный шум; манипуляции в полости рта и обыкновенное прикосновение к пациенту.

За период с 2016 по 2017 годы под динамическим наблюдением находилось 12 больных в возрасте от 20 до 45 лет, из них 8 женщин и 3 мужчин. Обратившиеся за помощью пациенты страдали от ночного бруксизма, не имеющего связи с манифестациями эпилептического синдрома. Бруксизм сопровождался расшатыванием зубов (преимущественно моляров и премоляров). При пальпации гипертрофии собственно жевательных и височных мышц отмечено не было. При внутриворотном осмотре выявлены множественные сколы в пределах эмалевого слоя; расколы зубов до ½ коронковой части; продольные и косые переломы корней. По клинической необходимости у всех наблюдавшихся пациентов проведены экстракции фрактурированных зубов; изготовление твердых акриловых стабилизаторов шин из бесцветной пластмассы на верхнюю челюсть.

По международной классификации эпилепсий, по виду приступов разделяют: генерализованные (судороги вследствие первичной активации нейронов обоих полушарий мозга) и фокальные (раздражение группы нейронов в одном полушарии). По этиологии эпилепсии разделяют на идиопатические (этиология неизвестна), симптоматические (как симптом выявленного заболевания) и семейные (генетические). Кроме того, существуют еще три отдельные категории: прогрессирующие миоклонические эпилепсии; эпилептические энцефалопатии; рефлекторные эпилепсии (идиопатическая фотосенситивная затылочная эпилепсия – может быть вызвана световой стимуляцией; стартл-эпилепсия, которая провоцируется резкими звуками, испугом, каким-либо внезапным раздражителем).

Для каждой возрастной группы характерны определенные формы эпилепсий, эпилептических синдромов; зная возраст дебюта и вид приступа: сложные (психомоторные), атонические, миоклонические (короткие внезапные мышечные сокращения), тонико-клонические (grand mal) – самая тяжелая форма, можно определить конкретную форму и подобрать соответствующую схему лечения.

В патогенезе эпилепсии ключевую роль играют патологические синхронные разряды группы нейронов; патология развивается вторично при патологии мембран нейронов и дисбалансе между возбуждающими и тормозящими системами (при воздействии нейромедиаторов на ионотропные рецепторы). Например, ионотропные рецепторы гамма-аминомасляной кислоты повышают проницаемость мембраны нейрона для отрицательных ионов хлора – это вызывает гиперполяризацию нейрона (преимущественно положительный заряд во внеклеточном пространстве): увеличение тормозящего постсинаптического потенциала. N-метил-D-аспартат, напротив: увеличивает про-

нищаемость для натрия и кальция, в результате создается преимущественно отрицательный заряд (деполяризация) во внеклеточном пространстве (рост возбуждающего постсинаптического потенциала).

Планируемые длительные и травматичные стоматологические манипуляции (удаление ретенционных зубов; пластические, реконструктивные операции) необходимо осуществлять в условиях стационара при обязательном присутствии анестезиолога-реаниматолога (реанимационной бригады). Это связано не только с потенциальной возможностью возникновения и значительной продолжительностью приступа (перехода в эпилептический статус), но и с опасностью асфиксии, аспирации осколков зубов, пломб, частей несъемных и съемных протезных конструкций. Эпилептический статус – это длительный, иногда непрерывный, многократно повторяющийся приступ. Наиболее часто встречается и представляет угрозу для жизни тонико-клонический эпилептический статус. На продолжительность статуса влияет в основном: уменьшение влияния тормозящего нейромедиатора (гамма-аминомасляная кислота); увеличение влияния возбуждающего нейромедиатора (N-метил-D-аспартата), увеличение концентрации калия в экстрацеллюлярной жидкости. Осложнения при тонико-клоническом эпилептическом статусе могут включать: травмы челюстей, травмы головы, а также аспирационную пневмонию.

Г.Н. Крыжановским отмечено, что увеличение частей патологической системы способствует увеличению ее резистентности. Данная закономерность прослеживается на примере эпилептической системы в виде эпилептического комплекса: если комплекс состоит из трех очагов, он оказывается более резистентным, чем комплекс, состоящий из двух очагов. Структурно-функциональная организация патологической и физиологической системы принципиально отличаются. По определению П.К. Анохина (1973), функциональные системы организма складываются из динамически мобилизуемых структур в масштабе целого организма; функциональный принцип выборочной мобилизации структур является доминирующим. Физиологическая система – это по существу функциональная система. Резистентность патологической системы возрастает по мере увеличения продолжительности ее существования. Эта закономерность связана с укреплением положительных связей между частями системы. Поэтому для ликвидации длительно существующей патологической системы может оказаться недостаточной ликвидация ее первичной патологической детерминанты. Вероятно, формирование дополнительных очагов возбуждения в подкорковых структурах, коре головного мозга провоцирует появление ночного бруксизма. Возможные рекомендации по поводу приема миорелаксантов центрального действия (Мидокалм), периферического действия (Магне-В6-форте), и сочетания их с приемом антиэпилептических медикаментов (Топирамат и др.) должен формулировать и контролировать только лечащий врач-невролог. В отношении рекомендаций по ношению лечебно-диагностического аппарата (стабилизирующая верхнечелюстная акриловая шина из бесцветной пластмассы), можно с уверенностью утверждать: первое – ретенция шины осуществляется более прогнозируемо на верхней челюсти, второе – пациенту с эпилепсией необходимо проводить контрольное посещение минимум 1 раз в 3 месяца для замены внутриротового лечебно-диагностического аппарата и последующего контроля центрального соотношения челюстей.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЛЕЧЕНИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА БАЗЕ ФИТНЕС-ЦЕНТРА С УЧЕТОМ ИХ КОМПЛАЕНСА

**Бобунов Д.Н., Михайлов В.Д., Берия В.С., Шапурко О.Н., Шишелова В.С.,
Калугина В.П., Демидова М.О.**

ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме: данная работа – оценка удовлетворённости пациентов лечением наиболее социально-значимых заболеваний (согласно статистике, ожирения и дорсопатий) на базе российских фитнес-центров с учётом комплаенса, подразумевающего приверженность к соблюдению рекомендаций врача, плана лечения и физической активности. Актуальность решения существующей проблемы связана с изучением психологических аспектов комплаенса, раскрытия внутренних условий его формирования.

Ключевые слова: комплаенс; ожирение; удовлетворённость лечением; фитнес; реабилитация, заболевания пародонта.

По данным отечественных и зарубежных источников, комплаентное поведение при различных заболеваниях составляет от 20 до 57%. В качестве внешних факторов, влияющих на формирование комплаенса, выступают медико-социальные условия: стоимость программы реабилитации, удобство ее применения, наличие или отсутствие побочных эффектов лечения, болевой синдром, длительность и особенность заболевания, возраст пациента, орга-

низация лечебно-диагностического процесса, доступность лечения. К внутренним условиям относятся: индивидуально-типологические особенности личности, внутренняя картина болезни, когнитивно-аффективные особенности.

Взаимодействие врача и пациента во время реабилитационной программы по снижению веса также представляет собой процесс коммуникации, по этой причине представляет интерес не только анализ внутренних условий формирования комплаенса, но и, прежде всего, его связь с коммуникативной компетентностью врача.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в двух крупных сетях фитнес-центров города Санкт-Петербурга и в центре восстановительной медицины и коррекции веса медицинского холдинга «Медика» (база кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины ГБОУ ВПО СЗГМУ им И.И. Мечникова) с 2016 по 2019 гг. 150 пациентов 92 (61,3%) женщины и 58 (38,7%) мужчин с диагнозом избыточная масса тела (предожирение) (ИМТ > 24,99) и ожирение (ИМТ > 29,99) (рекомендации WHO (ВОЗ) 1997 г., были разделены на 2 группы.

В первую вошли 67 пациентов (44,66%) на программе реабилитации с динамическим наблюдением; 2-я группа 83 пациента (55,33%) на программе реабилитации без динамического наблюдения. Также в исследования вошла контрольная группа 35 человек (первичная консультация врача фитнес центра и два вводных занятия с тренером).

Важно отметить, что всем пациентам была выполнена санация полости рта и даны рекомендации врача-стоматолога.

Субъективно оценивалась удовлетворённость пациентов лечением и комплаенс (от 1 до 9 баллов), оценку осуществляли через 3, 6 и 12 месяцев после начала реабилитационных мероприятий.

В первой и второй группах под контролем медицинской службы фитнес-клуба пациенты были полностью удовлетворены результатами лечения, и показатель удовлетворённости лечением в конце исследования достиг значения 9 баллов.

Очевидно, что люди контрольной группы без поддержки медицинской службы практически не выполняют врачебные рекомендации, в том числе и врача-стоматолога. Так пациенты контрольной группы в течение 3 месяцев выполняли врачебные рекомендации до 25% от рекомендованных, а именно: показатель комплаенсности составил 3,17 балла, а спустя 6 месяцев пациенты уже не выполняли рекомендации врача, показатель комплаенса снизился – 1,45 балла и спустя 12 месяцев показатель составил 1,65 балла, что подтверждает, что лицам, посещающим фитнес-центры, необходимо динамическое наблюдение медицинской службы.

Заключение: установлено, что в первой и второй группах под контролем медицинской службы фитнес-клуба пациенты были полностью удовлетворены результатами лечения, и показатель удовлетворённости лечением в конце исследования достиг значения 9 баллов, соответственно, взаимодействие врача и пациента коренным образом положительно влияет на показатели комплаенсности, а следовательно, и удовлетворенности пациента лечением.

Нам представляется, что самым эффективным направлением, формирующим коммуникативные навыки врачей лечебной физкультуры и спортивной медицины в фитнес-центрах является внедрение психологического сопровождения учащихся на кафедрах медицинского вуза, целью которого будет формирование компетенций, отвечающих за умения и навыки в сфере эффективной коммуникации с пациентом.

РОЛЬ И МЕСТО ФИТНЕС-ЦЕНТРА В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАЖБП

Бобунов Д.Н., Михайлов В.Д., Берия В.С., Шапурко О.Н., Шишелова В.С., Калугина В.П., Демидова М.О.

ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме: в статье описан алгоритм лечебных и профилактических мероприятий, предложены и внедрены в практику методики диагностики и контроля сердечно-сосудистой системы при реабилитации больных с метаболическим синдромом, ожирением и НАЖБП на базе фитнес центра, а также санации полости рта. Впервые исследована структура встречаемости больных с ожирением, что дало возможность обосновать эффективность использования профилактических и лечебных мероприятий в реабилитации лиц, регулярно занимающихся фитнесом, а также установить экономические выгоды раннего профилактического лечения. Проведена санация полости рта у лиц, посещающих фитнес-центр.

Ключевые слова: ожирение, метаболический синдром, гепатоз, гепатомегалия, неалкогольная жировая болезнь печени, профилактика, лечение, реабилитация, дорсопатии, лечебная физкультура, санация полости рта.

Введение. Медицинское обеспечение фитнеса решает ряд важнейших задач: своевременное динамическое наблюдение/медицинский контроль ранних проявлений патологических состояний у занимающихся фитнесом, профилактическое лечение, а также незамедлительная коррекция патологических состояний во время тренировочного процесса.

Реабилитацию пациентов с ожирением на базе фитнес-центра следует расценивать как профилактический процесс, результатом которого будет максимальный эффект в улучшении качества жизни и здоровья граждан с достижением желаемого или прогнозируемого результата с минимально возможными затратами.

Материал и методы. Исследование проводилось в двух крупных сетях фитнес-центров города Санкт-Петербурга и в центре восстановительной медицины и коррекции веса медицинского холдинга «Медика» (база кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины ГБОУ ВПО СЗГМУ им И.И. Мечникова) с 2016 по 2018 гг. Триста пациентов 180 (60 %) женщин и 120 (40 %) мужчин с диагнозом избыточная масса тела (предожирение) (ИМТ > 24,99) и ожирение (ИМТ > 29,99) (рекомендации WHO (ВОЗ) 1997 г.) были разделены на две группы – основную и контрольную.

В ходе исследования, в зависимости от степени ожирения, пациенты основной группы были распределены на 4 группы.

Пациенты контрольной группы также были распределены на 4 группы, в зависимости от степени ожирения.

Схема восстановительного лечения включала комплексные реабилитационные мероприятия, сроки их выполнения и врачей-специалистов для первичного обследования пациента, для дополнительного обследования, лечения и динамического наблюдения, перечень рекомендованных реабилитационных и профилактических мероприятий. Также была проведена санация полости рта у лиц, посещающих фитнес-центр.

Описана схема первичного медицинского обследования и методика оценки рисков и клинического состояния больных ожирением после анкетирования и суммирования баллов по шкале оценки рисков и клинического состояния (ШОРКС).

Рекомендуемый алгоритм занятий по лечебной физкультуре с элементами физической подготовки для реабилитации больных с ожирением на базе фитнес-центра.

Освещена присущая процессу реабилитации этапность с особенностями каждого этапа, целями и факторами, определяющими спектр проводимых мероприятий.

Методические рекомендации к проведению занятий ЛФК в комплексе с диетотерапией, а также применением физиотерапии с последующей оценкой динамики снижения веса.

Признаки НАЖБП различной степени выраженности были выявлены на момент включения в исследование пациентов основной 136 человек (87,3%) и контрольной 126 человек (84%). По данным УЗИ через 3 месяца наблюдения количество пациентов с НАБЖН в основной группе составило 87 человек (58%), контрольная группа 120 человек (80,0%), через 6 месяцев наблюдения количество пациентов с НАБЖН в основной группе составило 49 человек (32,7%), контрольная группа 123 человек (82,0%), через 9 месяцев наблюдения количество пациентов с НАБЖН в основной группе составило 25 человек (16,7%), контрольная группа 113 человек (75,3%), через 12 месяцев наблюдения количество пациентов с НАБЖН в основной группе составило 18 человек (12%), контрольная группа 110 человек (73,3%).

Выводы. Анализ качества оказания медицинской помощи продемонстрировал достоверное повышение показателей качества жизни основной группы.

Методика реабилитации пациентов с ожирением и НАЖБП на базе фитнес-центра, в сроки от 3 до 12 месяцев, привела к снижению в сыворотке крови уровня трансаминаз, холестерина, сахара, регуляции энергетического обмена и снижением риска развития, сердечно-сосудистых осложнений, метаболического синдрома, что обосновывает эффективность использования профилактических и лечебных мероприятий в реабилитации лиц, занимающихся фитнесом в условиях регулярных тренировок, а также установлена экономическая выгода раннего профилактического лечения по данным обращаемости в страховые компании по полисам ДМС.

Заключение. Профилактические меры, приемлемые для фитнеса, должны сводиться к формированию комплексных совместных с амбулаторией организационно-методических мероприятий, модернизации материально-технической базы, усовершенствованию условий проведения учебно-тренировочных занятий, регулярному обучению и повышению квалификации тренеров и инструкторов ЛФК, внедрение обязательного врачебного контроля, введение норм постепенности, цикличности и непрерывности подготовки, гарантирующий повышение уровня их физической и технико-тактической подготовленности, мотивации и работоспособности.

АНАЛИЗ ПРИЧИН УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Веровкин И.В., Бородулин И.В.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29», Санкт-Петербург

Ключевые слова: причины удаления зуба, периодонтит, пародонтит, возрастные группы пациентов.

Цель исследования: изучение причин удаления зуба у пациентов разных возрастных групп.

Нами проведен анализ амбулаторных историй болезни пациентов, обратившихся по поводу удаления зуба. Всего проанализировано 344 истории пациентов в возрасте от 14 до 90 лет (203 женщины и 141 мужчин). Все пациенты перед операцией были осмотрены, при необходимости проведено рентгенологическое обследование, установлен диагноз и определены показания к операции удаления зуба, о чем имелись соответствующие записи в амбулаторных медицинских картах. В ходе анализа историй болезни все пациенты были разделены на следующие возрастные группы: 1-я группа – подросткового и юношеского возраста – от 14 до 21 года, 2-я группа зрелого возраста I периода – от 22 до 35 лет, 3-я группа зрелого возраста II периода – от 36 до 60 лет, 4-я группа пожилого возраста – от 61 до 75 лет и 5-я группа старческого возраста – от 75 лет до 90. Зубы были удалены у 31 человека 1-й группы, что составило 9,1% от общего числа; 95 больных 2-й группы (27,5%); 121 пациента 3-й группы (35,4%); 44 – 4-й группы (12,7%); 54 человек 5-й группы (15,5%). Чаще для удаления зуба к врачу обращались женщины (59,7%). Причем во 2-й и 3-й возрастных группа они составили более 50%. Наибольшее количество мужчин установлено в 3-й группе (42%).

У 54,8% больных 1-й группы зубы были удалены по поводу хронического периодонтита по причине неэффективности дальнейшего консервативного лечения, 59% из них составили мужчины. 12,9% удаляли зубы по поводу хронического периодонтита в стадии обострения. 70,5% удаленных зубов – моляры, 67% которых находились на нижней челюсти. 19,4% зубов удалены по причине их дистопии, 3,2% – по поводу ретенции и 9,7% – вследствие развития перикоронита.

Во 2-й группе 70,5% пациентов (71,6% из них женщины) подверглись операции удаления зуба по поводу хронического периодонтита, что выше, чем в 1-й группе на 15,7%. 55% удаленных зубов – моляры нижней челюсти. У 10,5% хронический периодонтит был в стадии обострения, а у половины из этого числа осложнился острым гнойным периоститом. 12,7% зубов удалены по поводу их дистопии (67% пациентов женщины). У 1% больных зуб удален по поводу пародонтита.

У 69,4% больных 3-й группы зубы удалялись по поводу хронического периодонтита, что соответствует показателям 2-й группы (51,1% из них мужчины). 59% пораженных зубов – моляры верхней и нижней челюсти. 20% зубов с хроническим периодонтитом находились в стадии обострения. 23% пациентов страдали хроническим пародонтитом, причем 60,7% из них было удалено 2 и более зубов. 4,9% экстракция зуба осуществлена по поводу их затрудненного прорезывания (ретенции и дистопии), что значительно ниже, чем в предыдущих группах.

В 4 группе в 70,4% случаев зубы удалены по поводу хронического периодонтита, причем в 4,5% – ввиду его обострения. 29,5% экстракций – по причине пародонтита. 53,8% из этого числа составили резцы и клыки. 38,5% пациентов удаляли 2 и более зубов.

79,6% больных 5-й группы также перенесли операцию удаления зуба по поводу хронического периодонтита. У 2% из этого числа периодонтит осложнился периоститом. 18,5% пациентов данной группы удалили зубы при пародонтите. Причем 40% удалены резцы и клыки. 30% удалялись 2 и более зубов.

Выводы: чаще зубы удалялись в возрастной группе от 36 до 60 лет (35,4%), за ней следуют лица от 22 до 35 лет (27,5%). В сумме они составляют подавляющее большинство пациентов. Преобладающее количество пациентов – женщины в возрасте от 22 до 60 лет. 42% лиц мужского пола от 36 до 60 лет обращались к врачу для удаления зуба, очевидно, заботясь более о своем здоровье именно в этом возрасте. Самой частой причиной экстракции зуба во всех группах являлся хронический периодонтит, с возрастом количество зубов, удаленных по данной причине, увеличивалось (от 54,8 до 79,6%). Для молодых людей были характерны болезни прорезывания зубов, у старших групп хронический пародонтит, причем удалялись зубы фронтальной группы.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Волкова Т.В., Пихур О.Л.

*СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»,
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург*

В последние десятилетия во многих странах мира, в том числе и в России, наблюдается увеличение заболеваемости сахарным диабетом среди взрослого населения (Sarwar N. et al., 2010). По данным ВОЗ, число людей с диабетом возросло со 108 миллионов в 1980 году до 422 миллионов в 2014 году. Глобальная распространенность сахарного диабета среди людей старше 18 лет увеличилась с 4,7% в 1980 году до 8,5% в 2014 году.

Стоматологическое лечение больных, страдающих сахарным диабетом, необходимо проводить в максимально короткие сроки, минимально инвазивно и с прогнозируемым результатом. Однако терапевтическое и ортопедическое стоматологическое лечение пациентов с сахарным диабетом затруднено в связи с поражением сосудистой системы, нарушением секреции слюнных желез, изменением микробного состава ротовой полости, высокой концентрации глюкозы в десневой борозде.

В связи с ростом заболеваемости сахарным диабетом, а также наличием установленного влияния сахарного диабета на стоматологическое здоровье пациента, перед стоматологами стоит задача комплексной стоматологической реабилитации таких пациентов с учетом сопутствующего заболевания.

С целью повышения эффективности лечения стоматологических больных, страдающих сахарным диабетом второго типа, в ходе экспериментального исследования нами проведена оценка состояния твердых тканей зубов этой группы лиц.

Проведено изучение морфологического строения и химического состава 40 образцов зубов, удаленных по медицинским показаниям (хронический пародонтит средней и тяжелой степени тяжести, подвижность третьей степени), у пациентов пожилого (65–74 лет) и старческого (75–89 лет) возраста. В первую группу вошли пациенты, страдающие сахарным диабетом, во вторую (контрольную) – пациенты без диабета.

Морфологию твердых тканей зубов изучали методом растровой сканирующей электронной микроскопии с помощью электронного микроскопа «TESCAN VEGA 3» (Чехия). Для определения химического состава образцов твердых тканей зубов применяли метод рентгеноспектрального микрозондового анализа с помощью системы «Link AN-10000/S85» (Англия).

Электронно-микроскопическое исследование показало, что у пациентов, страдающих сахарным диабетом, на поверхности цемента, в области эмалево-цементного соединения и в дефектах на поверхности эмали выявляется значительное микробное обсеменение. Эмаль зубов имела многочисленные трещины, царапины и лунки, также заполненные микробным налетом. Химический состав эмали и дентина у пациентов с сахарным диабетом отличался в сторону снижения содержания макро- и микроэлементов. Значения Ca/P коэффициентов эмали зубов пациентов, страдающих сахарным диабетом, находились в интервале 1,53–1,55, в контрольной группе – 1,60–1,62; Ca/P коэффициентов дентина зубов пациентов с сахарным диабетом – 1,49–1,53, в контрольной группе – 1,57–1,58.

Уменьшение Ca/P коэффициентов эмали и дентина зубов пациентов, страдающих сахарным диабетом, в сравнении с контрольной группой свидетельствует о снижении резистентности твердых тканей зуба этой группы пациентов. Протекающие в них процессы деминерализации являются причиной развития множественного, в том числе и вторичного, кариеса зубов.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гордеев М.И.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», Санкт-Петербург

Ключевые слова: сахарный диабет, галитоз, пародонт, этиопатогенетическая терапия.

Цель исследования: усовершенствовать систему дифференциальной диагностики патологического орального галитоза и комплексной этиопатогенетической терапии у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Планируется обследование больных разных возрастных групп (по классификации возраста ВОЗ от 1963 г. В план обследования будут включены:

1. Сбор анамнеза, жалоб, осмотр полости рта.
2. Методы инструментального исследования («Галиметр», диагностическая система «Флорида Проуб»).
3. Методы оценки стоматологического статуса пациента.
4. Методы оценки гигиенического статуса пациента с вычислением индекса WTC (Winkel Tongue Coating).
5. Методы оценки пародонтологического статуса (CPI, PMA в мод. Parma).
6. Лабораторные методы исследования:
7. Ретроспективный анализ историй болезни.

Выводы:

1. Проблема галитоза (неприятного запаха из рта при сахарном диабете) имеет аспекты как медицинского, так и психологического характера, потому что, во-первых, его наличие может являться индикатором патологии различных органов и систем организма, во-вторых, галитоз и галитофобия оказывают негативное влияние на социальную составляющую жизни человека.

2. Патологический оральный галитоз обусловлен заболеваниями, нарушением функций органов и тканей полости рта, патологическими условиями (ксеростомия и заболевания периодонта).

3. Актуальность изучения состояния слизистой оболочки полости рта (СОПР) у больных сахарным диабетом обусловлена медико-социальной значимостью данного заболевания. Сахарный диабет занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и поражает от 130 до 180 млн. человек во всем мире. У пациентов с сахарным диабетом галитоз встречается в 65% случаев (Улитовский С.Б., 2011) и является проблемой для полноценной жизни и социальной адаптации данной группы пациентов.

4. Основная картина галитоза при сахарном диабете создается летучими сернистыми соединениями (ЛСС), амины и кислоты, только лишь вносят некоторые оттенки в запахи и меняют его интенсивность.

5. Уровень продукции ЛСС в полости рта зависит от различных условий, складывающихся в полости рта (описано около 70 факторов!), главными из которых являются: наличие специфической микрофлоры; наличие белкового субстрата; благоприятные условия для катаболизма – низкое содержание кислорода; высокий уровень pH в микробном окружении.

6. В связи тем, что проблемам диагностики и этиопатогенетического лечения орального галитоза у больных с сахарным диабетом не уделяется должного внимания, для решения этих задач необходимо использовать не только клинические методы обследования пациентов, но и лабораторные методы диагностики. Применение такого подхода позволит усовершенствовать систему дифференциальной диагностики патологического орального галитоза и комплексной этиопатогенетической терапии у пациентов с сахарным диабетом.

7. В настоящее время для комплексной терапии галитоза наиболее перспективно использование гелевых форм полимерных антисептиков, обладающих пролонгированным антимикробным, противовоспалительным и ранозаживляющим действием.

8. Больные СД 1-го и 2-го типа характеризуются высокой стоматологической заболеваемостью и практически все нуждаются в лечении у врача-стоматолога.

9. Особенности психоэмоционального состояния пациентов с СД зависят от типа диабета и продолжительности заболевания.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Гусейнов Р.З., Иорданишвили А.К.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Показано, что эффективным является физическое разрушение и устранение зубной бляшки посредством механической очистки коронок и корней зубов. При хорошей гигиене полости рта развитие зубной бляшки, которое занимает от нескольких часов до нескольких дней, можно ингибировать и равновесие между бактериальной бляшкой и неспецифической иммунной защитой организма может сохраняться годами.

Ключевые слова: пародонтит, воспаление десен, лечение, гигиена рта, пародонтальные заболевания.

Местное неспецифическое этиологическое лечение хронического пародонтита направлено на устранение причины заболевания и зависит непосредственно от мотивации и волевых усилий самого пациента. Поэтому возможности для повышения его эффективности до конца не исчерпаны. По мнению ряда авторов, потери зубов в результате пародонтита превышают таковые по сравнению с кариесом в 2–5 раз. В связи с этим, специалисты считают, что наиболее перспективным и эффективным направлением борьбы с пародонтитом должны стать методы профилактики, направленные на предупреждение возникновения и развитие заболеваний пародонта. Высокая пораженность населения во всем мире, значительный её рост в последние десятилетия, а также увеличение частоты тяжёлых форм заболевания, свидетельствуют о необходимости принятия неотложных мер по профилактике и улучшению лечения данной патологии. Важнейшим фактором профилактики всех форм пародонтита продолжает оставаться гигиена полости рта, составляющая основу неспецифической этиологической терапии заболеваний пародонта. В свете современных представлений основной причиной возникновения всех форм пародонтита является микробный фактор. Следует совершенствовать существующие методы гигиены рта в соответствии с новыми средствами оральной гигиены, учётом достижений медицинской науки, давно забытых, но эффективных способов ухода за полостью рта. В наши дни важнейшим показателем стоматологического здоровья является степень бактериальной инфицированности полости рта. К факторам, снижающим её интенсивность относят: применение лечебно-профилактических зубных паст направленного действия; использование ирригации для вымывания бактерий и их метаболитов из орто; ингибирующее действие фтора на развитие бактерий зубной бляшки; очистку эпинки языка от налёта.

КАРТИНА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ТИПОВЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ **Дягилев А.И.**

Научно-практический центр челюстно-лицевой хирургии и стоматологии «Аверс», Краснодар

Ключевые слова: болевой синдром, нестероидные противовоспалительные препараты, ибупрофен, кеторол, нимесулид, типовые стоматологические операции, картина болевого синдрома.

Резюме. Проведено исследование пациентов для определения характерной картины послеоперационного болевого синдрома при типовых стоматологических операциях. Оценка проводилась путем индивидуального анкетирования после следующих вмешательств: операция удаления зуба, удаление ретенционного зуба мудрости на нижней челюсти, резекция верхушки корня, установка дентального имплантата, лоскутная операция. Установлено, что наиболее интенсивный и продолжительный послеоперационный болевой синдром был отмечен при операции удаления ретенционного зуба мудрости на нижней челюсти.

Введение. Всякий послеоперационный период сопровождается болевыми ощущениями различной интенсивности. Несмотря на значительные успехи в лечении боли, достигнутые в последние 10–15 лет, послеоперационный болевой синдром (ПБС) продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой. Существует значительная индивидуальная варибельность восприятия боли, которая определяется полом и возрастом пациентов, генетически, а также социокультурными факторами. Большую роль в интенсивности послеоперационного болевого синдрома играют индивидуальные особенности пациента. Психическая дезадаптация, нарушение интра- и интерперсональных отношений могут стать источником самоиндуцированной боли (Павленко С.С., 1999). Обширное повреждение тканей при хирургических вмешательствах может индуцировать патофизиологические изменения периферического и центрального звена ЦНС, которые приводят к формированию послеоперационного хронического болевого синдрома (ХБС). Зная интенсивность и выраженность болевого синдрома при типовых операциях, представляется возможным адекватно купировать болевой синдром и не допустить формирование хронической боли и создать благоприятные условия для скорейшего выздоровления.

Цель исследования: установить характерную картину послеоперационного болевого синдрома при типовых стоматологических операциях.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 82 пациента различных возрастных групп, проходивших лечение в амбулаторных условиях в муниципальных стоматологических поликлиниках г. Краснодара. Пациенты были разделены на 5 групп, по оказанному им оперативному лечению. В первую группу вошли 33 человека (40,2%), которым была проведена операция удаления зуба. Вторую группу составили пациенты, которым было проведено удаление ретенционного зуба мудрости на нижней челюсти – 22 человека (26,9%). В третьей группе находились больные, которым была проведена резекция верхушки корня – 8 человек (9,7%). В четвертой группе (15 человек, 18,3%) пациенты с частичной вторичной адентией, которым была проведена дентальная имплантация

в области включенных дефектов зубных рядов без использования костной пластики или операций по увеличению высоты альвеолярного гребня. Пятую группу составили пациенты с проведенной им лоскутной операцией на одной из челюстей – 4 человека (4,9%).

Всем пациентам предлагалось оценить интенсивность болевого синдрома по вербальной ранговой шкале. Она представляет собой линию длиной в 10 см. Каждые 2 сантиметра этой линии составляют отметки: 0 см – нет боли, 2 см – слабая боль, 4 см – умеренная боль, 6 см – сильная боль, 8 см – очень сильная боль, 10 см – невыносимая боль, которой соответствуют числовые значения (рис. 1). Оценка проводилась пациентами самостоятельно через 1, 6, 12, 24, 36, 48, 60 и 72 часа после оперативного лечения.

Ф.И.О. _____

Дата проведения операции _____

Название операции _____

Время окончания операции _____

Вербальная ранговая шкала боли

боли нет слабая боль умеренная боль сильная боль очень сильная боль невыносимая боль

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Оценка боли:

Время после операции, час	Интенсивность боль, балл
1	
6	
12	
24	
36	
48	
60	
72	

Рис. 1. Индивидуальная анкета для оценки послеоперационного болевого синдрома

В послеоперационном периоде, пациентам, для купирования болевого синдрома, лечащие врачи назначали нестероидные противовоспалительные средства (Кеторолак, Ибупрофен, Нимесулид и др.). Пациенты осуществляли прием НПВС согласно инструкции к лекарственному препарату и рекомендациям врачей.

Результаты пациентов в каждой группе были объединены и установлено среднее значение интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде при каждой стоматологической операции. При оценке разделение пациентов по возрасту и гендерному признакам не проводилось.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoftInc., США). Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна-Уитни при отличии от нормального распределения показателей. Проверку на нормальность распределения оценивали при помощи критерия Шапиро-Уилкса. Для статистического сравнения долей с оценкой достоверности различий применяли критерий Пирсона χ^2 с учетом поправки Мантеля-Хэнзеля на правдоподобие. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов оценки вербальной ранговой шкалы боли у каждой группы пациентов позволил уточнить картину послеоперационного болевого синдрома при каждой операции. Так, при несложном удалении зуба, в группе пациентов картина болевого синдрома была следующей: через час после

удаления она составляла 2 балла, через 6 часов – 6 баллов, через 12 – 4 балла, через 24 – 3 балла, через 36 – 2 балла, через 48 часов – 1 балл, через 60 часов – 1 балл и через 72 часа болевой синдром отсутствовал (рис. 2).

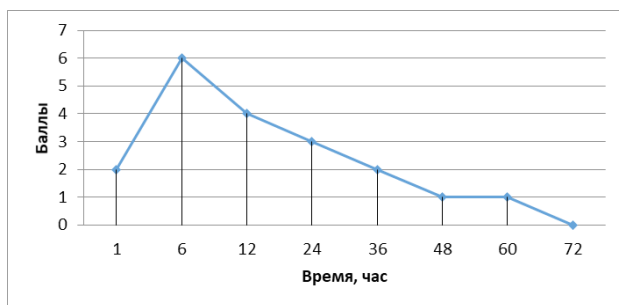


Рис. 2. Картина болевого синдрома после операции удаления зуба

На втором месте по интенсивности и продолжительности послеоперационного болевого синдрома расположилась операция резекции верхушки корня зуба, картина которого представлена на рис. 3.

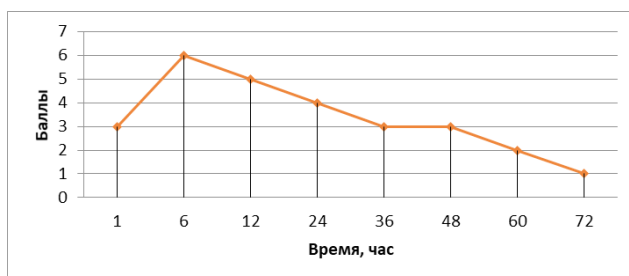


Рис. 3. Картина болевого синдрома после резекции верхушки корня

Результаты оценки пациентами болевого синдрома после дентальной имплантации были следующими. Через 1 час после операции по вербальной ранговой шкале он составил 2 балла, через 6 часов – 4 балла, через 12 часов – 5 баллов, через 24 часа – 4 балла, через 36 часов – 4 балла, через 48 часов – 3 балла, через 60 часов – 2 балла, через 72 часа – 1 балл (рис. 4).

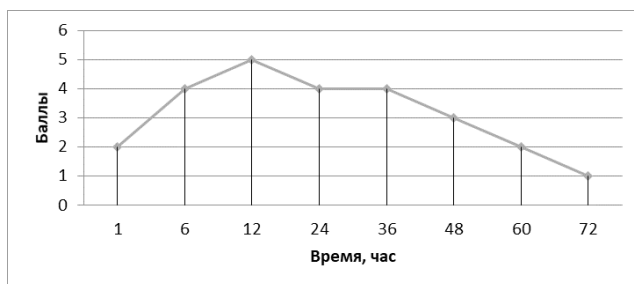


Рис. 4. Картина болевого синдрома после дентальной имплантации

Послеоперационный болевой синдром при лоскутных операциях характеризовался картиной представленной на рис. 5.

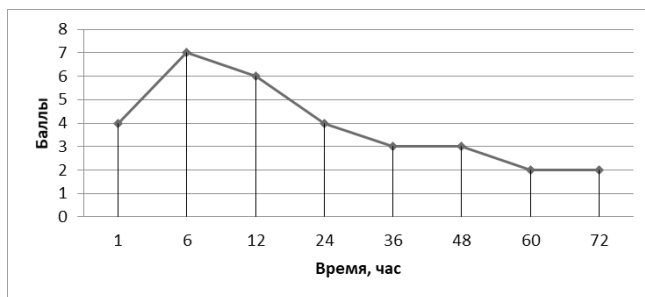


Рис. 5. Картина болевого синдрома после лоскутной операции

Наиболее интенсивный и продолжительный послеоперационный болевой синдром был отмечен при операции удаления ретенированного зуба мудрости на нижней челюсти. Через 1 час после операции среднее значение его среди пациентов составило 5 баллов, через 6 часов – 8 баллов, через 12 часов – 7 баллов, через 24 и 36 часов – 5 баллов, через 48 и 60 часов – 4 балла и через 72 часа – 3 балла (рис. 6).

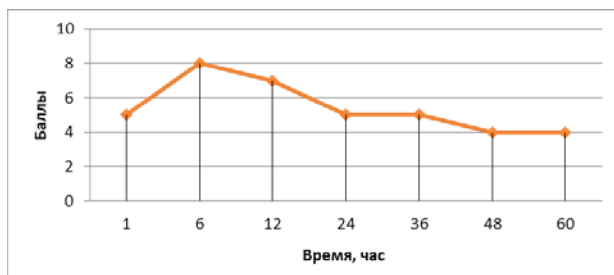


Рис. 6. Картина болевого синдрома после удаления ретенированного зуба мудрости на нижней челюсти

В послеоперационном периоде развился альвеолит у 12% (4 чел.), которым было проведено удаление зуба и у 13,6% (3 чел.), которым было проведено удаление ретенированного зуба мудрости на нижней челюсти. Оценка болевого синдрома послеоперационных осложнений в данном исследовании не проводилась.

Заключение. В ходе проведенного исследования было выявлено, что наиболее интенсивный послеоперационный болевой синдром характерен для операции удаления ретенированного зуба мудрости на нижней челюсти. Послеоперационный период при каждой типовой стоматологической операции требует адекватной индивидуальной терапии для предотвращения развития хронического болевого синдрома. Выявленные в ходе исследования характеристики болевого синдрома могут позволить лечащим врачам более точно подбирать дозировку и время приема нестероидных противовоспалительных препаратов для их купирования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Забезинская И.З., Ханов И.А., Антонова Е.Н., Присяжнюк О.В.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», Санкт-Петербург

Ключевые слова: консервативное лечение, новые технологии, пародонтит, хирургическое лечение, пародонт.

Актуальность. Опираясь на многолетний опыт наблюдений, пациенты с легкой степенью пародонтита крайне редко решаются на проведение хирургического лечения. Так же при определенных общих состояниях организма и заболеваниях пациентам противопоказано проведение хирургических операций. В таких случаях, альтернативным методом лечения выступают малоинвазивные процедуры.

Цель исследования. Оценить эффективность метода вектор-терапии в лечении пародонтита хронического генерализованного легкой степени тяжести.

Материалы и методы. Пациент 1970 г.р. обратился за пародонтологической помощью в СПб ГБУЗ «СП № 29» с жалобами на боли и кровоточивость десен, которые беспокоили его на протяжении 6 месяцев. Ранее за пародонтологической помощью пациент не обращался. Был проведен сбор анамнестических данных, клиническое, инструментальное и рентгенологическое обследования. При внутритривовом осмотре выявлена рыхлость, кровоточивость, нарушение краевого прилегания десны в области 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 зубов, пародонтальные карманы 4,0 мм, высокое прикрепление короткой уздечки нижней губы. Описание Rg (ортопантограмма): резорбция межзубных перегородок до 1/3 длины корней. Диагноз: пародонтит хронический генерализованный легкой степени тяжести. Назначено: профессиональная гигиена полости рта, местная медикаментозная терапия, антибактериальная лазерная терапия, хирургическая коррекция уздечки нижней губы, вектор-терапия. От коррекции уздечки пациент отказался. Пациент проинформирован о всех возможных осложнениях и подписал информированное добровольное согласие на стоматологические вмешательства и отказ от хирургической коррекции уздечки нижней губы. После антибактериальной лазерной терапии наблюдается положительная динамика в ликвидации воспалительных процессов в десне, но сохраняется нарушение краевого прилегания десны (пародонтальные карманы 3,0 мм). Через 3 недели произведена вектор-терапия. Через 10 дней после лечения пародонтальные карманы до 1,0 мм, краевое прилегание десны восстановлено.

Заключение. Разработанный метод лечения пародонтита хронического генерализованного легкой степени показал высокую эффективность в условиях отказа пациентов от хирургического лечения заболеваний пародонта.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТ ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАЙОННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Заборовский К.А., Эберхард Д.

*Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург,
больница святого Йорнана, Стокгольм, Швеция*

Резюме. Рассматриваются вопросы организации работ по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в стоматологической практике.

Ключевые слова: контроль качества медицинской деятельности, безопасность медицинской деятельности, стоматологическая патология, сахарный диабет, профилактика, коморбидная патология.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в стоматологическом отделении районной больницы осуществляется путем экспертизы должностными лицами: главным врачом, заведующими лечебно-хирургического и ортопедического отделений.

Внутренний контроль качества стоматологической помощи осуществляется по следующим направлениям: анализ результатов оказания лечебно-профилактической стоматологической помощи населению; изучение удовлетворенности пациентов уровнем оказания стоматологической помощи; подготовка рекомендаций по дальнейшему совершенствованию организации и повышению качества лечебно-профилактической стоматологической помощи и надлежащий контроль за их выполнением; проверка выполнения договорных обязательств между страховыми медицинскими организациями и стоматологическими клиниками; соблюдение Инструкции о порядке выдаче документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан; правильность использования тарифов и соответствие предъявленных к оплате счетов выполненному объему лечебно-профилактической стоматологической помощи.

Внутренний контроль качества и безопасности должен обеспечивать: контроль и оценку кадровых вопросов путем своевременного направления врачей и среднего персонала на квалификационные и сертификационные курсы повышения квалификации; контроль материально-технической базы и ответственных лиц: ежеквартальное планирование и своевременное приобретение медицинского инструментария расходных материалов и оборудования, проведение инвентаризации согласно установленным срокам; расчет и анализ показателей, характеризующих

качество и эффективность стоматологической помощи: ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям и подведение итогов года; изучение удовлетворенности пациентов стоматологическими услугами (проведение ежемесячного анкетирования), рассмотрение отзывов внесенных в «книгу жалоб и предложений»; выявление и обоснование врачебных ошибок, дефектов в заполнении амбулаторных карт, а так же проведение врачебных конференций 2 раза в месяц, участие в областных конференциях; анализ ведомственного контроля вышестоящих организаций здравоохранения; своевременное проведение оперативной коррекции возникших недоработок путем проведения мероприятий, способствующих повышению качества оказания стоматологической помощи. Составление плана по устранению недостатков выявленных в ходе проверок; контроль за организацией управленческих решений.

Внутреннему контролю подлежат случаи: временной нетрудоспособности, расхождение диагнозов; внутриклинического инфицирования и осложнений, сопровождающиеся жалобами пациентов или их законных представителей; ежемесячного статистического метода случайной выборки амбулаторных карт. При подобной организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности обеспечивается соблюдение необходимых требований для качественного и безопасного оказания стоматологической помощи городскому и сельскому населению в стоматологическом отделении районной больницы.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Иванов В.В.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №13», Санкт-Петербург

Ключевые слова: сахарный диабет, эпюлид.

Актуальность работы. Ежегодно количество больных сахарным диабетом неуклонно растет среди людей старше 18 лет. По данным ВОЗ в период с 1980 по 2014 год их число увеличилось в четыре раза и составило более 400 миллионов человек. Для данного заболевания характерно повышение уровня сахара в крови с последующим нарушением жирового и углеводного обмена. При этом увеличение гликозилированных белков и жиров рецептор-опосредованно воздействует на различные клетки-мишени. Выделяют три основных формы сахарного диабета: диабет I типа, диабет II типа и гестационный диабет. Для первой формы характерно аутоиммунно-опосредованная деструкция β -клеток поджелудочной железы, которые вырабатывают инсулин. При второй форме главным фактором развития заболевания являются метаболический синдром с ожирением, переиздание и малоподвижный образ жизни. Выявление гестационного диабета, как правило, происходит в период беременности. С развитием и прогрессированием заболевания развивается микро- и макроангиопатия различных органов и тканей, что способствует значительному увеличению риска развития инфекционно-воспалительных осложнений в тканях пародонта. На фоне неудовлетворительной гигиены, образованию зубной бляшки и поддержанию хронического воспаления и травмы десны высока вероятность пролиферативных процессов и возникновения доброкачественных новообразований в полости рта. А течение раневого процесса после оперативных вмешательств может сопровождаться гнойно-воспалительными осложнениями и разрешаться в более длинные сроки. Наиболее распространенным является сахарный диабет II типа. С пациентами, имеющими в анамнезе именно эту форму заболевания, наиболее часто приходится иметь дело на клиническом приеме врачам стоматологам различных специальностей, в том числе и стоматологам-хирургам.

Цель работы. Произвести оценку выполненных оперативных вмешательств по удалению доброкачественных новообразований полости рта у лиц, страдающих сахарным диабетом II типа.

Материалы и методы. Выполнено удаление доброкачественных новообразований больным с патологией эндокринной системы, сахарным диабетом II типа, послеоперационное ведение и наблюдение пациентов.

Клинический случай № 1. Пациентка С., 1955 г.р., страдающая сахарным диабетом II типа, 6 месяцев назад обратилась в частный стоматологический центр с целью комплексного протезирования, замены старых металлокерамических конструкций на верхней челюсти на новые. При снятии имеющихся несостоятельных подвижных металлопластмассовых мостов с опорой на зубы было обнаружено образование вершины альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Пациентка была направлена в хирургическое отделение стоматологической поликлиники для удаления доброкачественного новообразования. При осмотре в полости рта в области отсутствующего 22-го зуба - новообразование округлой правильной формы на широком основании бледно-розового цвета до 0,5 см в диаметре. При пальпации плотно-эластической консистенции, безболезненное и легко смещаемое. В предоперационном периоде пациентка получила антибиотик широкого спектра действия по профилактическому протоколу.

Под местной анестезией анестетиком артикаинового ряда с вазоконстриктором 1:200000 произведено широкое иссечение новообразования с отступом не менее 3 мм с декортикацией альвеолярного отростка с помощью бор-машины и охлаждением раствором хлоргексидина 0,05 % струйно. Дефект укрыт мобилизованным альвеолярным лоскутом с преддверия полости рта. Препарат отправлен на исследование. В послеоперационном периоде пациентка получала симптоматическую и противовоспалительную терапию. Результат гистологического исследования – фиброзный эпюлид. Послеоперационный отек сохранился до 10 суток, через 14 дней выявлен частичный некроз лоскута и заживление раны под вторичным натяжением. Полное заживление протекало в течение 30 дней. Находится под динамическим наблюдением, пользуется временной конструкцией. Контрольный осмотр и следующие этапы постоянного протезирования запланированы через 3 месяца.

Клинический случай 2. Пациентка Ч., 1956 г.р. была направлена на хирургическое отделение для подготовки перед протезированием. Из сопутствующих заболеваний - сахарный диабет II типа, артериальная гипертензия II. Наблюдается у эндокринолога и терапевта в поликлинике по месту жительства. При объективном осмотре в области 13-го, 12-го, 11-го, 21-го, 23-го, 34-го, 33-го, 44-го, 45-го множественные, бледно-розового цвета, маргинально с зоной гиперемии и отечности новообразования неправильной формы. Плотно-эластической консистенции при пальпации, безболезненные. Перкуссия 13-го, 12-го, 11-го, 21-го, 23-го, 34-го, 33-го, 45-го, 44-го слабоболезненная, подвижность II–III степени. Глубина пародонтальных карманов более 6 мм. По данным ОПТГ признаки генерализованного пародонтита тяжелой степени тяжести. С предварительной антибиотикопрофилактикой препаратом широкого спектра действия по принятому протоколу поэтапно по показаниям выполнено удаление 13-го, 12-го, 11-го, 21-го, 23-го, 34-го, 33-го, 45-го, 44-го зубов. Вторым этапом после редукции новообразований по сегментам произведено их иссечение с последующим ушиванием ран «на себя» или с использованием мобилизованного альвеолярно-лоскута с преддверия рта. Результаты гистологических исследований – сосудистый эпюлид. Заживление послеоперационных ран по сегментам в среднем заняло до 1 месяца. Этапы хирургической подготовки заняли 4 месяца. На контрольные осмотры через 6 и 12 месяцев после съемного протезирования пациентка не являлась.

Результаты работы. В послеоперационном периоде после удаления доброкачественных новообразований полости рта пациенты, страдающие сахарным диабетом II типа, не предъявляли жалоб на болевой синдром, но при это отмечали длительно сохраняющийся отек мягких тканей, что можно связать с макро- и микроангиопатией на фоне сопутствующего заболевания. Сроки разрешения раневого процесса оказались более длительными, в отличие от средних сроков у пациентов без сопутствующей патологии эндокринной системы в анамнезе. Инфекционно-воспалительных осложнений на фоне стандартного профилактического протокола антибактериальной профилактики после хирургического вмешательства выявлено не было.

Выводы. Высокая нуждаемость в стоматологическом хирургическом лечении пациентов с сахарным диабетом диктует необходимость более тщательного их ведения на предоперационном и послеоперационном этапах с последующей диспансеризацией даже после реабилитации у врачей-стоматологов других специальностей.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПАРЕСТЕЗИИ ПОЛОСТИ РТА

Иорданишвили А.К., Либих Д.А.

Институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург,

Резюме. В работе предложена индексная оценка тяжести течения и эффективности лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, сопровождающихся парестетическими и болевыми синдромами (стомалгия, парестезия, глоссалгия, глоссодиния и др.).

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта и языка, парестетические и болевые синдромы, стомалгия, парестезия, глоссалгия, глоссодиния, оценка тяжести течения и эффективности лечения.

Стомалгии в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка составляют 20–25%, наиболее часто встречаются у людей пожилого и старческого возраста и плохо поддаются лечению. Наши исследования показали, что в большинстве случаев раздражающие общие и местные факторы являются лишь разрешающими моментами возникновения стомалгий, протекающих на фоне различной психосоматической патологии (скрытая депрессия, латентная сидеропения и др.), либо стомалгии являлись симптомами протезных стоматитов или гальванизма.

Особую проблему для врачей-стоматологов представляет описание динамики таких заболеваний в амбулаторной карте стоматологического больного и другой первичной медицинской документации. Это связано с отсутствием конкретных объективных критериев, по которым имелась бы возможность объективной регистрации клинической симптоматики при таких заболеваниях.

Целью настоящего клинического исследования было предложить индексную оценку заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка (СОПРиЯ), сопровождающихся парестетическими и болевыми синдромами (стомалгия, парестезия, глоссалгия, глоссодиния и др.).

Материал и методы. На основании анализа симптоматики заболеваний СОПРиЯ сопровождающихся парестетическими и (или) болевыми ощущениями нами был предложен индексный способ оценки степени тяжести таких заболеваний.

Результаты исследования. Предложенный индексный способ оценки степени тяжести таких заболеваний учитывает следующие клинические симптомы и их оценку в баллах:

1. Патологические ощущения (парестезии, стомалгии): отсутствуют – 0; жжение (парестезия) – 1; болевые ощущения (алгии) – 5.

2. Распространенность парестетических (болевых) ощущений: парестетические ощущения или алгии отсутствуют – 0; в области языка и (или) нёба, альвеолярных отростков челюстей (протезного ложа) – 1; в области языка нёба, альвеолярных отростков и слизистой оболочки щёк (протезного поля) – 5.

3. Влажность слизистой оболочки полости рта и языка: влажная – 0; периодическая сухость слизистых оболочек полости рта – 1, ксеростомия – 5.

4. Нарушения вкуса: отсутствуют – 0; наличие нарушений вкуса (привкус металла, горечи, кислоты) – 1; извращение вкуса – 5.

5. Цвет слизистой оболочки полости рта и языка: бледно-розовый – 0; лёгкая гиперемия – 1; ярко красный – 5.

Для установления степени выраженности клинического течения парестезии СОПРиЯ или стомалгии вначале осуществляют диагностику перечисленных клинических симптомов. После регистрации симптоматики патологии СОПРиЯ осуществляют подсчет баллов в сумме и оценивают степень тяжести течения заболевания СОПРиЯ, исходя из полученной суммы баллов следующим образом: 0 – нет патологии; 1–4 балла – легкая степень тяжести патологии СОПРиЯ; 5–9 баллов – патология СОПРиЯ средней тяжести; 10–25 баллов – тяжелая степень тяжести течения патологии СОПРиЯ.

Для объективизации оценки результата лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, сопровождающихся парестетическими и болевыми синдромами, нами был предложен следующий способ, который предусматривает определение эффективности проведенной терапии: при указанной патологии СОПРиЯ следует проводить по формуле: Эффективность (%) = $100 \times (A-B) / A$, где А – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения патологии СОПРиЯ до начала терапевтических мероприятий; В – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения патологии СОПРиЯ после проведенного лечения.

Заключение. Предложенный подход поможет врачам-стоматологам поликлинического звена облегчить ведение первичной медицинской документации у таких пациентов.

ОСТЕОГЕНЕЗ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И РЕПАРАТИВНЫЙ

Иорданишвили А.К.

ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Представлены данные о регуляции функций костной ткани, в том числе о физиологической и репаративной. Внимание уделено воззрению на адаптационную перестройку метаболизма костной ткани.

Ключевые слова: костная ткань, физиологическая регенерация, репаративная регенерация, ремоделирование костной ткани.

Вопросы изучения гистогенеза и регенерации костной ткани в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии остаются одними из наиболее актуальных, что связано их важностью для теории и практики медицины и биологии, а также с развитием методов замещения дефектов зубных рядов на искусственных опорах (дентальные и скуловые имплантаты). Кроме того, важность этого вопроса определяется также развитием таких разделов здравоохранения как медицина катастроф (экологических, техногенных), военная медицина, что обусловлено большим числом локальных вооруженных конфликтов, травматизмом органов и тканей челюстно-лицевой области и др., а также в связи с большим числом выполняемых в России онкостоматологических операций. В настоящее время продолжают исследования по изучению морфофункциональной организации, реактивности костной ткани, в том числе связанные с оптимизацией репаративного остеогенеза. Не утратило своего значения оптимизация заживления послеоперационных дефектов челюстей, выполняемых по поводу устранения хронических периапикальных и (или) пародонтальных очагов одонтогенной инфекции, а также в связи с устранением врожденных и приобретенных де-

фектов и деформаций лица и челюстей. Обсуждаются вопросы о регуляции функций костной ткани, в том числе о физиологической и репаративной.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Иорданишвили А.К., Робустова Т.Г.

*ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва*

Резюме. В статье, с учётом медико-социальных факторов, рассматриваются вопросы упорядочения системы управления качеством медицинской помощи в стоматологических отделениях муниципальных и ведомственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Представлены организация и порядок работы системы по управлению качеством медицинской помощи в ЛПУ и его клинических подразделениях, а также задачи комиссии по качеству медицинской помощи.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, комиссия по качеству медицинской помощи, стоматологическое отделение, основные стоматологические заболевания, дефекты диагностики и стоматологического лечения.

Введение. Совершенствование качества медицинской помощи является важнейшей задачей деятельности любого учреждения здравоохранения, оказывающей прямое влияние на состояние здоровья обслуживаемого населения. Успешное достижение данной цели обеспечивается системой управления качеством медицинской помощи. Анализ организации системы контроля качества медицинской помощи, в стоматологических и ведомственных поликлиниках свидетельствует, что не было достигнуто понимания важности этой деятельности, как со стороны руководителей учреждений, так и всего врачебного состава поликлиник и их клинических подразделений.

Методология. Работа системы управления качеством медицинской помощи в ЛПУ должна осуществляться на трёх уровнях:

– первый – осуществляется врачом-стоматологом, экспертиза качества оказания медицинской помощи проводится в порядке самоконтроля;

– второй – осуществляет заведующий клиническим подразделением ЛПУ (заведующий отделением). Экспертиза качества лечения стоматологических больных в отделении, проводимая заведующим отделением, и экспертиза уровня качества лечения в отделениях поликлиники, осуществляется заместителем главного врача по медицинской части;

– третий – комиссия по обеспечению качества медицинской помощи ЛПУ.

Подчеркнём, что экспертиза процесса оказания медицинской помощи должна осуществляться заместителем главного врача по медицинской части и заведующими отделениями по отдельным, законченным в отделении случаям, как правило, по первичным медицинским документам (амбулаторная карта стоматологического больного), вместе с этим в ряде случаев допускается, а порой и необходим контрольный осмотр пациента с целью выявления дефектов оказания стоматологической помощи и зубного протезирования.

На основании изучения первичной медицинской документации они заполняют «Журнал качества медицинской помощи отделения», который содержит следующие графы: «Дата контроля», «ФИО врача», «ФИО пациента», «Номер амбулаторной карты», «Диагноз», «Сроки лечения», «Дефекты», «Примечание».

В графе «дефекты» отмечают недостатки в сборе анамнеза заболевания и жизни пациента, а также выполнение (невыполнение, перевыполнение) стандарта обследования и лечения (выполнен полностью, с незначительными упущениями, частично, мало информативно, не выполнен, перевыполнен) с указанием выявленных дефектов диагностики и лечения, их причин (дефицит ресурсов, отказ от процедуры, невалифицированные действия, небрежность, невнимательное отношение к пациенту, дефицит кадров, сложность диагностики и лечения из-за атипичного течения заболевания, низкий уровень профессиональной подготовки, отсутствие приемственности, преждевременное завершение лечения, недостатки в организации лечебно-диагностического процесса и т. п.), а также с указанием дефектов в ведении медицинской документации. Отметим, что дефекты медицинской документации не приводят к снижению качества оказания медицинской помощи, но могут отрицательно сказаться на результатах возможных судебно-медицинских экспертиз.

В течение месяца заведующий лечебным отделением поликлиники проводит выборочную экспертизу не менее 10% законченных случаев, но не менее 5 экспертиз лечебно-диагностической деятельности каждого врача-стома-

толога отделения. Заместитель главного врача по медицинской части поликлиники поводит не менее 30–50 экспертиз в течение квартала.

Обязательный контроль качества медицинской помощи с заполнением карт экспертной оценки качества медицинской помощи должен осуществляться: в случаях повторного обращения пациента за стоматологической помощью в гарантийные сроки стоматологической реабилитации, в случаях сопровождающихся жалобами пациента или его родственников, в случаях не достижения планируемого конечного результата лечения, а также при увеличении или сокращении сроков лечения заболеваний более чем на 30% от рекомендуемых стандартом.

Результаты исследования. Реализация рекомендаций в одной из ведомственных стоматологических поликлиник показало, что диагностические и лечебно-профилактические мероприятия при проведении плановой санации полости рта у наблюдаемого контингента выполняются не всегда эффективно, не в полном объёме, так как после завершения санационных мероприятий 40,83% из них нуждаются в завершении мероприятий по лечению основных стоматологических заболеваний и проведению профессиональной гигиены полости рта, а именно: в лечении кариеса (15,0%), некариозных поражений твёрдых тканей зубов (7,5%), патологии пульпы (1,67%), периодонта (2,5%), слизистой оболочки полости рта (4,17%), а также гингивита (13,33%) и пародонтита (4,17%). Для повышения эффективности диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых при санации полости рта контингенту было предложено в рамках внутреннего контроля качества медицинской помощи заведующим отделениями терапевтической стоматологии проводить контролируемые мероприятия за качеством санации путём выборочного контрольного осмотра лиц из числа санированного контингента. Выполнение наших рекомендаций позволило на 35,8% снизить количество дефектов диагностической и лечебно-профилактической работы во время санации в этом ведомственном ЛПУ.

Следует подчеркнуть, что при проведении контроля качества медицинской помощи в отделениях терапевтической стоматологии муниципальной или ведомственной организации необходимо подвергать контролю не менее 10% законченных случаев эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов, в том числе путём активного вызова пациентов и оценивать отдаленные результаты лечения с использованием ранее разработанной методики оценки эффективности лечения пульпита и периодонта, основанной на учёте клинических и рентгенологических данных. Это позволило в ведомственном ЛПУ спустя год повысить эффективность эндодонтического лечения осложненных форм кариеса однокорневых, двух и трёх корневых зубов, соответственно, до 77,78, 60,71 и 60,61% случаев при пульпите и, соответственно, до 69,23, 75,0 и 65,57% случаев при периодонтите.

В заключении отметим, что непрерывное управление качеством медицинской помощи подразумевает создание условий по управлению ЛПУ, основанной на интеграции усилий всех её сотрудников, направленных на достижение удовлетворения потребностей пациента оптимальным путём. Творческое использование механизмов управления лечебно-диагностическим процессом и контролем его проведением в стоматологических отделениях ЛПУ позволяет наладить систему управления качеством медицинской помощи и обеспечить удовлетворенность пациента и благополучие персонала.

КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. ПРОЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Кулик И.В., Хромова Е.А., Черных А.А.

Введение: оппортунистические инфекции, включая микозы, представляют собой актуальную проблему современной медицины. В практической работе врачи-стоматологи нередко встречают патологию слизистой оболочки рта (СОР) с участием грибов рода *Candida*. За последние десятилетия заболеваемость кандидозом СОР значительно увеличилась. С каждым годом кандидозом заболевают все больше и больше людей, что связано с широким и нерациональным применением антибактериальных препаратов, цитостатиков, гормональных средств. К тому же, за последние годы увеличилось количество заболеваний, в результате которых создается благоприятный фон для развития кандидоза. К таким заболеваниям можно отнести: злокачественные новообразования, эндокринные заболевания, болезни кроветворных органов, заболевания, вызывающие снижение иммунитета.

Цель: выявить частоту встречаемости кандидоза и кандидоносительства у пациентов с СД 2-го типа, предъявляющих клинические жалобы, характерные для кандидоза.

Выявить наиболее часто встречающиеся виды гриба рода *Candida* у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Материалы и методы: пациенты с сахарным диабетом 2-го типа, с клиническими признаками и жалобами, соответствующие проявлениями кандидоза слизистой оболочки рта. Методы:

1. Клинические (осмотр).

2. Лабораторные методы исследования: цитологический (микроскопический анализ материала) и культуральный (посев материала).

Результаты: из 10 обследованных пациентов, только у 6 был выявлен кандидоз. Из них: у 4 пациентов – кандидозительство без кандидоза (38%), 6 пациентов с кандидозом (62%). После проведения культурального метода исследования этим 6 пациентам, у 5 был выявлен *C. Albicans*, и у 1 – *C. Tropicalis*. И у всех грибов определялась чувствительность к флуконазолу. У 2 пациентов с СД 2-го типа был выявлен хронический атрофический кандидоз, у 3 пациентов – псевдомембранозный кандидоз – молочница. И лишь у одного с декомпенсированной формой СД 2-го типа выявился хронический гипертрофический кандидозный глоссит.

Выводы. Не у всех пациентов с СД 2-го типа при клинических жалобах был выявлен кандидоз слизистой оболочки рта, в нашем исследовании получилось в 60% случаев.

Наиболее часто встречающийся вид гриба у пациентов с СД 2-го типа был определен *C. Albicans* в 83% случаев и в 100% случаев у грибов определялась чувствительность к флуконазолу.

Наиболее часто встречающиеся формы кандидоза слизистой оболочки рта у пациентов с СД 2-го типа были: хронический атрофический кандидоз (2 пациента) и псевдомембранозный кандидоз – молочница (3 пациента). У пациента с декомпенсированной формой СД 2-го типа (1 пациент) выявился хронический гипертрофический кандидозный глоссит.

СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Лесоцкая Е.А., Кулик И.В., Саханов А.А., Евсева И.К.

Введение: красный плоский лишай (КПЛ) является одним из часто встречающихся хронических заболеваний слизистой оболочки рта (СОР). Вопросам этиологии патогенеза КПЛ посвящено значительное количество работ отечественных и зарубежных авторов. Однако, несмотря на многочисленные исследования, причины и механизмы развития КПЛ окончательно не выяснены. На сегодняшний день существует ряд теорий возникновения данного заболевания. Одним из факторов, обуславливающим структурные и функциональные изменения в эпителии СОР, могут быть метаболические нарушения. Связь КПЛ с нарушениями углеводного обмена установлена давно и описана многими авторами (Довжанский С.И., Слесаренко Н.А., Юдин С.В., Halevys S., Feuerman E.J. и др.). Предполагают, что нарушение углеводного гомеостаза у больных КПЛ создает «биохимическую базу» для развития заболевания. Постоянный уровень сахара в крови поддерживается за счет синтеза или распада гликогена в печени. Более точный диагноз различных нарушений в обмене углеводов ставится при помощи метода «сахарных нагрузок». Частота нарушения толерантности к глюкозе у больных КПЛ СОР, по данным разных авторов, варьирует от 10 до 36 процентов (Баранник Н.Г., Колесник Н.В. и др.).

Цель исследования: сравнительная оценка углеводного обмена на основании проведения глюкозо-толерантного теста у пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта в разных возрастных группах.

Материал и методы: для выявления латентных форм нарушения углеводного обмена в исследовании были включены 38 человек с КПЛ СОР в возрасте от 32 до 74 лет с нормальным исходным уровнем сахара крови. Все пациенты были разделены на 3 группы: в первую группу вошли больные пожилого возраста с типичной формой КПЛ СОР (13 человек), во вторую группу – больные пожилого возраста с осложненными формами КПЛ (11 человек) и в третью – больные молодого возраста с типичной формой КПЛ (14 человек). Группы сравнения составили 10 человек пожилого и 10 человек молодого возраста без КПЛ СОР, нормальным исходным уровнем сахара крови и со сходными фоновыми заболеваниями.

Изучение толерантности к глюкозе проводили с помощью метода нагрузок, который заключался в следующем: определяли уровень глюкозы натощак, затем больной принимал сахарный раствор (из расчета 1,5 грамма сахара на 1 кг массы) и далее определяли уровни глюкозы через 60 и 120 минут. На основании полученных данных строили кривую, откладывая на вертикальной оси концентрацию глюкозы, а на горизонтальной – время. Для трактовки сахарных кривых (складывающейся из оценки высоты уровня глюкозы в крови и характера ее подъема) вычисляли гликемический коэффициент Бодуэна (отношение уровня сахара крови через один час к исходному) и постгликемический коэффициент Рафальского (отношение уровня сахара через два часа к исходному).

Результат: данные глюкозо-толерантного теста у пациентов с КПЛ СОР в разных группах представлены в таблице.

Данные глюкозо-толерантного теста (ммоль/л) у пациентов пожилого возраста с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта

Группы наблюдения	Показатели теста				
	Исходный уровень глюкозы	Уровень глюкозы через 1 ч	Уровень глюкозы через 2 ч	Коэффициент Бодуэна	Коэффициент Рафальского
Группа сравнения (n = 10)	4,41 ± 0,17	6,42 ± 0,23	4,27 ± 0,12	1,45 ± 0,03	0,94 ± 0,03
I группа (n = 13)	4,57 ± 0,16	7,03 ± 0,43	4,95 ± 0,23	1,54 ± 0,08	1,08 ± 0,05
II группа (n = 11)	5,24 ± 0,13	8,52 ± 0,39	6,69 ± 0,28	1,62 ± 0,07	1,28 ± 0,05

I группа – пациенты пожилого возраста с типичной формой КПЛ СОР.

II группа – пациенты пожилого возраста с осложненными формами КПЛ СОР.

III группа – пациенты молодого возраста с типичной формой КПЛ СОР.

Данные глюкозо-толерантного теста (ммоль/л) у пациентов молодого возраста с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта

Группы наблюдения	Показатели теста				
	Исходный уровень глюкозы	Уровень глюкозы через 1 ч	Уровень глюкозы через 2 ч	Коэффициент Бодуэна	Коэффициент Рафальского
Группа сравнения (n = 10)	4,49 ± 0,19	6,67 ± 0,08	4,55 ± 0,09	1,48 ± 0,03	1,00 ± 0,01
III группа (n = 14)	4,60 ± 0,10	7,95 ± 0,40	6,35 ± 0,50	1,73 ± 0,07	1,38 ± 0,10

Проведенные исследования выявили нарушения углеводного обмена во всех наблюдаемых группах, выраженные в большей степени у больных молодого возраста с КПЛ (III группа) и больных пожилого возраста с осложненными формами КПЛ (II группа). Гликемическая кривая у них характеризовалась более высоким подъемом уровня глюкозы через один час и отсутствием эффекта возвращения к исходному уровню через два часа. Гликемический коэффициент у пациентов в третьей группе составил $1,74 \pm 0,07$; постгликемический – $1,39 \pm 0,1$. В группе сравнения молодого возраста эти показатели были $1,48 \pm 0,3$ и $1,00 \pm 0,01$ соответственно.

Во II группе гликемический коэффициент составил $1,67 \pm 0,07$; постгликемический $1,29 \pm 0,05$ (в соответствующей группе сравнения – $1,45 \pm 0,03$ и $0,94 \pm 0,03$).

Наименьшее снижение толерантности к глюкозе было выявлено у больных пожилого возраста с типичной формой КПЛ (I группа). Гликемический коэффициент в этой группе мало отличался от показателей группы сравнения, а постгликемический был самый низкий по сравнению с двумя другими исследуемыми группами, хотя и достоверно превышал контрольные данные.

Выводы. У пациентов с КПЛ СОР формируется неблагоприятный фон со стороны углеводного обмена. Оценка результатов глюкозо-толерантного теста может иметь прогностическое значение, особенно у лиц молодого возраста. Выявленные нарушения углеводного обмена должны учитываться при лечении пациентов с КПЛ СОР.

БИОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ОДОНТОГЕННЫМ СЕПСИСОМ НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мадай Д.Ю., Удальцова Н.А., Мадай О.Д.

*СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29», Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург*

У больных I группы с флегмонами ЧЛО уже через 72 часа от начала терапии в основе 1-го синдрома лежали по убыванию дисперсии корреляционные связи между высоким уровнем Ig A, «нормальным» уровнем моноцитов и лимфоцитозом.

Структуру второго синдрома определил высокий уровень коэфф. SH/SS.

Первую корреляционную плеяду в структуре 1-го синдрома у больных данной группы по убыванию дисперсии вносили следующие взаимоотношения между «нормальным» уровнем моноцитов, лимфоцитозом, лимфоцитопенией и высоким уровнем ЛИИ; а также незначимые отрицательные корреляционные связи между «нормальным» уровнем моноцитов и низким уровнем коэфф. SH/SS.

Вторую плеяду составили корреляционные взаимоотношения между лимфоцитопенией, лейкоцитозом, моноцитопенией и высоким уровнем ЛИИ.

Через неделю после начала лечения значимых корреляционных связей в структуре данных синдромов не определялось, что, по всей видимости, характеризовало завершение процесса воспаления.

Через неделю благоприятное течение патологического процесса определялось следующими взаимоотношениями между лимфоцитозом и высоким коэфф. SH/SS в структуре 1-го синдрома, а основной вклад во 2-й синдром вносил высокий КФА моноцитов.

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ РАНЕННЫХ И ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫМИ ТРАВМАМИ И ИНСД

Мадай Д.Ю.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Введение. Актуальность проблемы своевременной диагностики и оказания высокоспециализированной медицинской помощи в травмоцентрах первого уровня пострадавшим с черепно-лицевыми повреждениями и инсулин-независимым сахарным диабетом определяется постоянным ростом политравм, а также ошибками в оценке сроков проведения остеосинтеза на этапе специализированной медицинской помощи.

Для целей определения тяжести состояния пострадавшего, причин ее обуславливающих, жизнеобеспечивающих систем организма разработан диагностический алгоритм, составной частью его является шкала объективной оценки тяжести состояния пострадавших при поступлении в лечебные учреждения – «ВПХ-СП».

Цель исследования: оценка зависимости исходов комплексного лечения от сроков выполнения накостного остеосинтеза у пострадавших с черепно-лицевой травмой и инсулиннезависимым сахарным диабетом.

Материалы и методы. С 01.01.2005 по 01.01.2019 в отделение сочетанной черепно-лицевой травмы «Александровской больницы», НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, клинику военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М. Кирова (клинические базы кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Санкт-Петербургского государственного университета) поступило 295 пострадавших с сочетанными черепно-лицевыми повреждениями в сроки от 1 суток до нескольких месяцев после получения травмы. При этом преобладали лица молодого и трудоспособного возраста от 18 до 45 лет.

С учетом наших исследований, хирургическую тактику при лечении пострадавших с сочетанной черепно-лицевой травмой и инсулиннезависимым сахарным диабетом необходимо основывать на объективной оценке тяжести травм. В соответствии с нашими методиками использовались следующие градации тяжести состояния: компенсированное (средней степени тяжести), субкомпенсированное (тяжелое и крайне тяжелое состояние), декомпенсированное (критическое состояние).

Выбор лечебной тактики базировался на динамическом и многократном определении тяжести состояния пострадавших в процессе реанимации и интенсивной терапии (мониторинге) по шкалам объективной оценки тяжести

состояния «ВПХ-СП» и «ВПХ-СГ». В соответствии с уровнем компенсации тяжести состояния на момент выполнения остеосинтеза выделялось три группы пострадавших с повреждением головы: в компенсированном, субкомпенсированном и декомпенсированном состоянии.

НЕОТЛОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ И ИНСД

Мадай О.Д., Гайворонский И.В., Бадалов В.И.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

I этап – устранение жизнеугрожающих последствий травмы и фиксация повреждений лицевого скелета.

Данный этап хирургической тактики соответствует I периоду травматической болезни (ТБ) – (острого нарушения жизненно важных функций) и длится от момента получения травмы до 12 часов. В этот период помощь пострадавшему оказывается бригадой скорой помощи (на догоспитальном этапе) и в многопрофильной операционной стационара (Гуманенко Е.К., 2008), а причиной тяжелого и крайне тяжелого состояния являются жизнеугрожающие последствия травмы. При тяжелой травме челюстно-лицевой области наиболее опасными последствиями являются асфиксия и продолжающееся кровотечение.

На догоспитальном этапе медицинской эвакуации трудно определить форму асфиксии, поэтому наиболее эффективным методом борьбы с ней является неотложная коникотомия (атипичная трахеостомия). Устранение асфиксии предусматривает освобождение дыхательных путей от инородных тел, обеспечение проходимости дыхательных путей и устранение западения языка. В случае оказания помощи сотрудниками скорой помощи, может осуществляться интубация пострадавшего и проведение ему ИВЛ.

При поступлении в клинику у пострадавших определялась причина острой дыхательной недостаточности. Среди группы поступивших с черепно-лицевой травмой, продолжающееся ротоглоточное кровотечение отмечено в 22 случаях, источником кровотечения являлся перелом костей основания черепа, кровотечение из ран мягких тканей полости рта и языка встречалось в 11 случаях.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КАРИЕСОМ КОРНЯ ЗУБА

Малина (Шипицына) М.С., Тытюк С.Ю., Иорданишвили А.К.

ЧОУ ВПО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург

Резюме: в статье показано, что проблема кариеса корня зуба растет, а сведения недостаточны, чтобы выбрать правильную тактику лечения. Это связано с плохой гигиеной полости рта, несвоевременным лечением патологии твердых тканей зубов, пульпы и периодонта, а также заболеваний пародонта у современного человека. Рассматривается встречаемость, анализируются методы лечения кариеса корня у лиц пожилого и старческого возраста, обсуждаются вопросы выбора материалов для пломбирования при кариозном поражении корня зуба в лечебно-профилактических учреждениях разной формы собственности.

Ключевые слова: кариес корня зуба, геронтология, стоматологическое здоровье, взрослое население, коморбидная патология.

Введение: кариес корня зуба – это результат взаимодействия комплекса неблагоприятных факторов, ведущих к возникновению и прогрессированию процесса деминерализации в области корня зуба (Дедова Л.Н., Кандрукевич О.В., 2015). Кариес корня зуба встречается чаще всего у пациентов среднего и пожилого возраста, что обусловлено хроническим течением тканей пародонта зубов, оголением корней зубов, низкой гигиеной полости рта, а также коморбидной патологией. Кариес корня или кариес цемента возникает после оголения корня или после возникновения пародонтального кармана. Данная локализация патологического поражения является серьезной проблемой для стоматологов, так как способен свести к минимуму шансы на успех терапевтического лечения зуба, повлечь такие осложнения, как отлом коронковой части зуба, быстрое развитие эндодонтических осложнений и прочее. В литературе отмечается, что не существует оптимального вида лечения кариеса корня, обеспечивающего гарантированное сохранение зуба. Обычно при кариесе корня в начальной стадии применяют фторсодержащие

препараты в комплексе с тщательной индивидуальной гигиеной, что способствует переходу кариеса корня в стабильную стадию ремиссии («остановившийся кариес»). При наличии дефекта корня зуба при кариесе проводится оперативное лечение: механическая и медикаментозная обработка кариозной полости и последующее пломбирование. Для пломбирования кариеса корня зуба рекомендуется применять материалы, устойчивые к влиянию десневой жидкости, слюны и крови.

Цели: изучение встречаемости кариеса корня у лиц пожилого и старческого возраста, а также анализ материалов для пломбирования, используемых в лечебно-профилактических учреждениях различной формы собственности.

Материалы и методы: проведён анализ 1500 первичных медицинских документов (ПМД) – амбулаторных карт стоматологических больных пожилого и старческого возраста (от 61 до 78 лет), которые лечились у врача-стоматолога в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) различной формы собственности. При анализе ПМД выявляли амбулаторные карты стоматологических больных, в которых имелись записи врача-стоматолога о лечении кариеса зуба, анализировали материалы, используемые для пломб при лечении кариеса корня зуба с учётом формы собственности ЛПУ. Полученный цифровой материал обработан на персональном компьютере с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «StatisticforWindows, v. 6.0».

Результаты исследования и их обсуждение: в ходе изучения ПМД было установлено, что у людей пожилого и старческого возраста зубы с кариесом корня лечили в муниципальных, ведомственных и частных ЛПУ у 3,6, 4,4 и 7,2% пациентов. В муниципальных ЛПУ у 18 чел. было вылечено 25 зубов, в ведомственных – у 22 чел. – 28 зубов, в частных клиниках и кабинетах у 36 чел. было вылечено 42 зуба.

Известно, что необходимым условием пломбировочного материала для лечения кариеса корня является его кариесстатическая активность, а также простота в обращении из-за частой локализации кариозных полостей на корне зуба труднодоступной локализации. Этим требованиям наиболее отвечают стеклоиономерные цементы (СИЦ), которые имеют в своём составе фториды, которые, медленно высвобождаясь, проявляют кариесстатическую активность. При этом они имеют достаточные физико-механические свойства при хорошей адгезии пломбировочного материала с дентином, что сделало их материалом выбора при лечении кариеса корня зуба.

Заключение: анализ ПМД показал, что у людей старших возрастных групп зубы с кариесом корня в ЛПУ различной формы собственности сохраняются путём пломбирования у 3,6 – 7,2% пациентов. Чаще зубы с кариесом корня лечат в частных стоматологических клиниках и кабинетах. Для лечения кариеса корня зуба в ЛПУ разной формы собственности применяются современные материалы, хотя в государственных учреждениях (муниципальные, ведомственные) при лечении кариеса корня зуба до сих пор применяются «морально» устаревшие силико-фосфатные цементы, что, очевидно, связано со слабой материально-технической базой этих ЛПУ и их недостаточным финансированием.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Малина (Шипицына) М.С., Тытук С.Ю., Иорданишвили А.К.

ЧОУ ВПО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург

Резюме: изучена частота кариеса корня зуба и особенности клинического течения этой патологии у мужчин и женщин различной возрастной категории. Наибольшая частота изучаемой патологии была у людей старших возрастных групп.

Ключевые слова: кариес корня зуба, взрослые люди, частота встречаемости кариеса корня, возрастные особенности клинического течения, рецессия десны, хронический генерализованный пародонтит, сахарный диабет.

Актуальность: на сегодняшний день кариес корня является проблемной локализацией кариозного процесса. Связанные с ним осложнения приводят к потере зуба или утрате ортопедической конструкции, если этот зуб является опорой для последней. Учитывая, что в современной отечественной и зарубежной литературе отсутствуют сведения о возрастной распространённости кариеса корня зубов у взрослых людей, полученные при обследовании большого количества жителей одного региона, представляется интересным исследовать этот вопрос, а также уточнить возрастные особенности клинического течения этой патологии.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости кариеса корня зуба у взрослых людей г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области, а также уточнить возрастные особенности клинического течения этой патологии.

Материал и методы исследования: для определения особенностей течения кариеса корня и его встречаемости выполнен стоматологический осмотр 4701 (2526 (53,73%) мужчин и 2175 (46,27%) женщин) жителей Санкт-Пе-

тербурга и Ленинградской области в возрасте от 18 до 88 лет. Пациенты были распределены по возрастным группам с учётом пола согласно возрастной периодизации Института возрастной физиологии РАН.

Результаты исследования: установлено, что наибольшая частота кариеса корня зуба была у людей старших возрастных групп и составила в пожилом возрасте 9,88%, в старческом возрасте – 7,4%. У людей юношеского, 1-го и 2-го зрелого возраста кариес корня диагностировался относительно редко, соответственно, в 0,26, 1,35, и в 5,01% случаев. Во всех исследуемых возрастных группах кариес корня зуба чаще встречался у мужчин. У лиц юношеского возраста кариес корня зуба выявлен только у лиц, страдающих наркоманий. В 1-м зрелом возрасте кариес корня зуба встречался на фоне рецессии десны при хроническом генерализованном пародонтите, особенно у лиц, страдающих сахарным диабетом. У людей 2-го зрелого, пожилого и старческого возраста кариес корня зуба протекал на фоне низкой гигиены полости рта, затрагивал поверхность корней оголённых зубов вследствие заболеваний пародонта, а также являющихся опорами несъёмных зубных протезов или являющихся опорой для кламмера съёмного зубного протеза.

Заключение: таким образом, наибольшая частота изучаемой патологии была у людей старших возрастных групп и составила в пожилом возрасте 9,88%, в старческом возрасте – и 7,4%, особенно у лиц, страдающих сахарным диабетом.

О ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЛИЦА

Малышев М.Е., Гусейнов Р.З., Иорданишвили А.К.

*Институт скорой помощи им. Ю.Ю. Джанелидзе, СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»,
ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Среди пациентов, проходящих лечение в специализированном стационаре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного госпиталя, больные, страдающие одонтогенной подкожной гранулёмой лица (ОПГЛ) лица, встречаются не часто и составляют 0,15–0,22% больных, проходящих лечение на таком отделении, в том числе 1,2% от больных, страдающих одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. На этапе амбулаторно-поликлинической помощи дефекты первичной диагностики ОПГЛ выявляются более чем в 73% случаев. В последнее время ОПГЛ стала чаще встречаться у людей молодого и среднего возраста. В то же время необходимо подчеркнуть, что причины возникновения одонтогенной подкожной гранулёмы лица при хронических одонтогенных очагах инфекции до сих пор не исследованы. Поэтому представляет интерес расширить представления специалистов об иммунологических параллелях, имеющих место при хроническом периодонтите и одонтогенной подкожной гранулёме лица, что имеет теоретическое в аспекте изучения патогенеза одонтогенной подкожной гранулёмы, а также прикладное значение в лоне профилактики её возникновения и рецидивирования.

Цель исследования: оценить некоторые показатели местного иммунитета людей, страдающих хроническим гранулирующим периодонтитом и одонтогенной подкожной гранулёмой лица для уточнения механизмов формирования дисфункций иммунной системы, приводящих к развитию одонтогенной подкожной гранулёмы лица у лиц с хроническими очагами стоматогенной инфекции.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 54 (36 мужчин, 18 женщин) пациента в возрасте от 18 до 43 лет, страдающих хроническим гранулирующим периодонтитом (ХГП), из которых у 19 (15 мужчин, 4 женщины) был установлен диагноз – одонтогенная подкожная гранулема (ОПГЛ). Группу сравнения составили 30 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, осматриваемые в порядке плановой санации без признаков данных заболеваний. Материалом исследования служила слюна пациентов. Забор слюны проводили утром с 9:00 до 10:00. Перед сбором слюны пациент полоскал ротовую полость 100 мл теплого, бледно-розового раствора марганцевого кислого калия. После этого в течение последующих 10–15 минут больной собирал слюну в сухую пробирку в количестве около 7 мл.

Содержание в слюне провоспалительных (интерлейкина-1 β (IL-1 β), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-8 (IL-8), фактора некроза опухоли- α (TNF α)) и противовоспалительных (рецепторного антагониста интерлейкина-1 (RAIL), интерлейкина-4 (IL-4), интерлейкина-10 (IL-10)) цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «Вектор Бест» (Россия) согласно общепринятым рекомендациям.

Результаты исследования и их обсуждение. Показано, что развитие воспаления при ХГП и ОПГЛ характеризуется усилением местного иммунитета и повышением уровня в слюне провоспалительных цитокинов.

Заключение. Сделано предварительное заключение, что нарушение процесса воспаления с преобладанием синтеза противовоспалительных цитокинов, таких как IL-10, может привести к развитию вялотекущего воспаления

в подкожной жировой клетчатке лица и возникновению ОПГЛ. Редкость заболевания людей ОПГЛ и недостаточность материала для анализа пока не позволяет сделать достоверных выводов о роли интерлейкинов местного иммунитета в развитии ОПГЛ, однако поиск актуальных лабораторных маркеров развития воспаления при ХГП и ОПГЛ является важной задачей на стыке стоматологии и клинической лабораторной диагностики.

ЭНДОДОНТОПАРОДОНТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ – КОМОРБИДНОСТЬ – ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Мороз П.В., Гук В.А., Иорданишвили А.К.

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону,
ООО «Альфа-Дент», ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Ключевые слова: заболевания пародонта, патология пульпы, эндодонтопародонтальные поражения, хронические очаги одонтогенной инфекции.

Большая распространённость и постоянный рост среди населения заболеваний пародонта, его осложнений и сочетаний с заболеваниями пульпы зуба и соматической патологией, трудности лечения сочетанной эндодонтической и пародонтальной патологии вызывают постоянный интерес к этой проблеме.

В стоматологии установленным фактом является структурное единство пульпы зуба и пародонта, а также их взаимосвязь с патологией внутренних органов. Структурно-функциональное единство эндодонта и периодонта лежит в основе понятия «эндопародонтального синдрома», одним из проявлений которого является начало воспаления в пульпе и корневых каналах, а затем переход его на ткани пародонта. Находясь у истоков формирования и активного использования термина «эндопародонтальный синдром», на настоящем этапе считаем более грамотным использование термина «эндодонтопародонтальные поражения», подчеркивающего взаимообусловленность и двусторонний характер непрерывной связи между воспалением эндодонта и пародонта.

На фоне заболеваний пародонта и соматической патологии физиологический возраст пульпы может превышать хронологический. При этом уменьшаются размеры пульпарной камеры из-за увеличения продукции дентина, происходит развитие фиброза, уменьшается количество клеток, что ограничивает возможность восстановления пульпы при ее повреждении. По мнению исследователей, одной из причин таких изменений являются зубодесневые карманы, которые по мере углубления отсекают пути дополнительного кровоснабжения через боковые микроканалы корня зуба. Совокупность изменений микроциркуляторной системы пародонта и эндодонта может резко нарушить тканевой гомеостаз, усугубить воспаление и выполнить роль патогенетического порочного звена при развитии эндодонтопародонтального синдрома.

На основании проведённого клинико-рентгенологического обследования 1525 (843 (55,28%) мужчин и 682 (44,72%) женщин) взрослых людей разных возрастных групп в настоящее время установлена частота встречаемости эндодонтопародонтальных поражений (ЭПП) челюстей среди обследованных было 456 человек молодого, 523 – среднего, 329 – пожилого и 217 человек старческого возраста. В ходе исследования было установлено, что частота встречаемости ЭПП у взрослых людей различных возрастных групп составляет 24,13% и увеличивается с возрастом, особенно у лиц, страдающих коморбидной патологией. При этом у лиц, находящихся на диспансерном наблюдении, ЭПП встречается реже во всех возрастных группах. Высокая частота встречаемости ЭПП у лиц среднего возраста, а также у людей старших возрастных групп обуславливает необходимость руководителям и заведующим отделениями терапевтической и хирургической стоматологии стоматологических лечебно-профилактических учреждений, предусмотреть возможность выполнения расширенных стоматологических лечебно-профилактических мероприятий при проведении им санации полости рта, а также перед зубным протезированием.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ МУКОЗИТА И ПЕРИИМПЛАНТИТА

Музыкин М.И., Цыган В.Н., Лосев Ф.Ф., Иорданишвили А.К.

ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Резюме: на основании многоуровневого клинического, рентгенологического, функционального, лабораторно-гено, иммунологического и микробиологического исследования представлены патогенетические механизмы разви-

тия острого и хронического мукозита, а также периимплантита, как основных инфекционно-воспалительных осложнений дентальной имплантации, приводящих к утрате искусственных опор зубных протезов.

Ключевые слова: мукозит, периимплантит, зубной налёт, дентальные имплантаты, патогенетические механизмы инфекционно-воспалительных осложнений дентальной имплантации.

Актуальность: основной причиной приводящей к утрате дентального имплантата является периимплантит. Для профилактики развития периимплантита важно знать патогенетические механизмы его развития. Это также позволяет влиять на выбор наиболее эффективных лечебно-профилактических мероприятий при лечении периимплантита.

Материал и методы: проведено комплексное клиническое, рентгенологическое, функциональное, лабораторное, иммунологическое и микробиологическое исследования у 62 (27 мужчин и 35 женщин) пациентов в возрасте от 35 до 59 лет, страдающих инфекционно-воспалительными поражениями, связанными с дентальной имплантацией: мукозитом (23 чел.) и периимплантитом (39 чел.) для выяснения патогенетических механизмов их возникновения и прогрессирования.

Результаты исследования: в ходе исследования установлено, что у пациентов, страдающих мукозитом, выявлены ассоциации микроорганизмов, включая пародонтопатогены, изменение ряда показателей перекисного окисления липидов, интерлейкинов, что свидетельствовало о воздействии на ткани микробных и собственных протеаз, бактериальных токсинов и антигенов, а также о вовлечении в патологический процесс механизмов его хронизации. То есть о переходе острого мукозита в хронический, а в последствие, при отсутствии комплексного лечения, в периимплантит. Особенно выраженный воспалительный процесс в тканях, окружающих дентальные имплантаты, отмечались у лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа (3 чел.). Достоверно не отмечено зависимости в клиническом течении мукозита и периимплантита в зависимости от функциональной перегрузки или функциональной гипопункции на жевательное звено в области обследованного дентального имплантата при мукозите или периимплантите, хотя известна неблагоприятная роль функциональной перегрузки и функциональной недостаточности на естественные зубы и окружающие их ткани.

Заключение: инфекционно-воспалительный процесс в области дентального имплантата может ограничиваться десной (мукозит) или поражать все окружающие его структуры (периимплантит), носить местный характер и (или) являться проявлением общих заболеваний, в частности связанных с патологией эндокринной системы. Определены патогенетические механизмы в возникновении мукозита, его хронизации и прогрессирования в периимплантите. Для выявления механизмов развития рассматриваемой патологии при функциональной перегрузке или гипопункции жевательного звена с зубными протезами на искусственных опорах, необходимы дополнительные исследования.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АНГИОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Музыкин М.И., Шеенко Л.И., Воскресенский В.В.

ЧОУ ВПО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург

Резюме. В работе определены патогенетические основы формирования диабетической ангиопатии как одного из ключевых факторов в развитии пародонтита при сахарном диабете 2-го типа у взрослых людей.

Ключевые слова: пародонтит, ангиопатия, диабет, патогенез, эндотелиальные клетки, гипергликемия, дисфункция.

Актуальность проблемы. Воспаление тканей пародонта вследствие диабетической ангиопатии встречается практически у каждого пациента, имеющего диагноз «сахарный диабет 2-го типа». Наличие преимущественно средне-тяжелых и тяжелых форм клинического течения пародонтита наряду со сложностью проведения терапевтически эффективного лечения делают рассмотрение патогенетических основ ангиопатии актуальным. Установлено, что эндотелиальная дисфункция, являющаяся результатом стойкой гипергликемии, определяет степень поражения микро- и макрососудистого русла, что, в конечном итоге, обуславливает тактику ведения стоматологического больного и способы оказания ему медицинской помощи.

Цель исследования: на основе литературных данных определить патогенетические основы формирования диабетической ангиопатии как одного из ключевых факторов в развитии пародонтита при сахарном диабете 2-го типа.

Материалы и методы исследования. В экспериментальных исследованиях *in vitro* и *in vivo* продемонстрировано, что при СД снижается возможность синтезировать оксид азота эндотелиальными клетками (ЭК). Кроме этого, ряд исследований, проведенных в клинических условиях, указывают, что при СД 1-го и 2-го типа эндотелиальная

дисфункция сопровождается множеством нарушений, среди которых: ухудшение расширения сосудов, повышение уровня тромбомодулина, селектина, 4-го типа коллагена.

Результаты исследования. Сахарный диабет (СД) представляет собой социально значимое неинфекционное заболевание, занимающее третье место в статистике смертности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Основной причиной высокого уровня летальности и инвалидизации является дисфункция эндотелиальных клеток, приводящая к формированию микро- и макрососудистых осложнений. Данная патогенетическая особенность обуславливает высокий процент развития пародонтита среди пациентов с сахарным диабетом в стоматологической практике. У больных СД уменьшается прочность стенок капиллярных сосудов полости рта, интенсивность изменений при этом зависит от давности заболевания. По данным многочисленных исследований патология пародонта при СД является следствием диабетической микроангиопатии.

Гипергликемия, как основной патогенетический фактор при сахарном диабете, обуславливает дисфункцию эндотелиальных клеток посредством: 1) активации протеинкиназы C, что приводит к снижению доступности оксида азота и, как следствие, к увеличению сосудистого тонуса (спазмирование); 2) формирования оксидативного стресса, повышающего внутриклеточное образование продуктов конечного гликозилирования с последующим образованием свободных радикалов и провоспалительных цитокинов в клетках сосудов. Гипергликемия нарушает продукцию матрикса эндотелиальными клетками, что приводит к увеличению толщины основной мембраны и к снижению рецепторных взаимодействий компонентов плазмы крови (вазоактивных веществ) с рецепторами эндотелия. Кроме того, утолщение базальной мембраны проявляется в снижении проницаемости сосудистой стенки и ухудшении кровоснабжения эндотелиоцитов. Увеличенная продукция коллагена IV типа и фибронектина повышает антикоагуляционную активность сосудистой стенки.

При патологоанатомических исследованиях были установлены ультраструктурные изменения кровеносных капилляров десны. На гистологических срезах определяется утолщение базального слоя капилляров, его разрыхление, расслоение на отдельные анастомозирующие полоски; по периферии его вещество переходит в хлопьевидный материал. В просвете капилляров наблюдаются сладжированные и гемолизированные эритроциты, тромбоцитарно-фибриновые обтурирующие микротромбы.

Вывод. Дисфункция эндотелиальных клеток, являясь пусковым механизмом диабетических микро- и макроангиопатий, способствует нарушению метаболизма и иммунной защиты, что обуславливает воспаление тканей пародонта, вызывая затруднения при оказании стоматологической помощи пациентам с сахарным диабетом 2-го типа.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНОВЫХ БИОМАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ И МЯГКОТКАННЫХ ДЕФЕКТОВ

Музыкин М.И., Дзыгарь А.А., Мищук Д.Ю., Иорданишвили А.К.

ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме: в ходе клинического исследования были проанализированы 44 клинических случая применения различных форм ксенотрансплантата «КОЛЛОСТ», на основе коллагена 1-го типа, у пациентов с недостаточным объемом мягких и твердых тканей челюстей. В 96% случаев полученный результат был положительным.

Ключевые слова: коллаген, атрофия костной ткани, дентальные имплантаты, ксенотрансплантат, пластика костных тканей, пластика мягких тканей.

Актуальность. На современном этапе известно, что наиболее физиологичной методикой для восполнения утраты зубов является протезирование с опорой на дентальные имплантаты. Удаление зубов и проведение зубосохраняющих операций всегда сопровождаются убылью не только костных, но и мягких тканей. В последующем, для возмещения этого недостатка требуются повторные операции с использованием алло-, ксено- и ауто-трансплантатов. Коллаген, является основным фибриллярным белком соединительной ткани и обеспечивает ее структурную основу при росте и регенерации, поэтому биопластические материалы на основе коллагена получают широкое применение в повседневной стоматологической практике. Анализ большого количества отечественных и зарубежных публикаций, посвященных дентальной имплантации показал, что в настоящее время очень большое внимание уделяется не только функциональной, но и эстетической составляющей будущей ортопедической конструкции. Правильное соотношение десны и коронки зуба обеспечивает надежную защиту имплантата от попадания микроорганизмов. Безусловно, при недостатке собственных тканей пациента, соблюсти все вышеперечисленные аспекты возможно только с использованием замещающих биоматериалов.

Цель: в ходе клинического исследования оценить возможности применения различных форм препарата на основе коллагена для профилактики недостатка мягких и твердых тканей челюстей.

Материал и методы: в ходе клинического исследования были проанализированы 44 клинических случая применения различных форм ксенотрансплантата «КОЛЛОСТ» у пациентов с недостаточным объемом мягких и твердых тканей челюстей. В 96 % случаев полученный результат был положительным.

На примере 6 клинических случаев выполнено изучения эффективности коллагеновой мембраны (0,7 мм) одновременно в ходе операции тотальной реабилитации челюсти протезом с винтовой условно-съёмной фиксацией на 4 и 6 имплантатах. Для наглядности клинического наблюдения, применение мембраны производилось в одном сегменте челюсти, что позволяло сравнивать клинический результат с другими сегментами. В конечном результате коллагеновые трансплантаты успешно интегрировались. Отмечено большее количество прикрепленной десны на гребне сегмента с использованием мембраны, что позволило в дальнейшем отказаться от дополнительной пластики мягких тканей.

Коллагеновый материал в форме шариков использовался у 15 пациентов при удалении ретенированных зубов повышенной сложности, когда после удаления дефект костной ткани был значительно выражен и в 3 случаях закрытия ороантрального сообщения после удаления больших коренных зубов верхней челюсти. Что позволило добиться более быстрого заживления костной раны, без осложнений. .

В 4 клинических примерах мы использовали мембраны коллагена 1-го типа (0,7 мм) для закрытия разрыва мембраны верхнечелюстного синуса при вертикальной аугментации. Нельзя не отметить факт того, что использование такого метода в практике гарантировало нам успешный прогнозируемый результат. Мембрана выступила в качестве ограничивающего барьера полости верхнечелюстной пазухи с костным материалом. При применении мембраны для закрытия костного «окна» (12 случаев), через которое проводился доступ в верхнечелюстной синус – способствовала заживлению костной раны

У 1 пациентки, проходившей реабилитацию зубным протезом после долгого отсутствия зубов, мы использовали жидкий гель-коллаген 15 % «КОЛЛОСТ» для коррекции атрофических и инволюционно-депрессивных изменений кожных покровов, вследствие снижения нижней трети лица. Техника линейного введения биоматериала жидкой формы из шприца в кожу параллельно линии атрофической складки, позволила добиться необходимого эстетического результата для удовлетворения потребностей пациентки.

Нередко пациенты с зубодесневыми дефектами – это люди пожилого и старческого возраста с коморбидными патологиями. В 6 клинических случаях наши пациенты принимали антикоагулянтные или тромболитические препараты, и им требовалась пластика мягких тканей. Для сокращения количества оперативных зон и вмешательства нами была использована техника использования ксенотрансплантата вместо соединительнотканного лоскута с нёба, на этапе установки формирователя десневой манжеты. Интеграция произошла успешно, желаемый результат был достигнут.

Из представленных клинических наблюдений осложнения наблюдались в 4 случаях и не были связаны с применением коллагенового материала.

Вывод: на основании проведенного клинического исследования эффективности применения биоматериала на основе коллагена 1-го типа, были установлено, что в 96 % случаев происходила интеграция ксенотрансплантата с собственными тканями пациентов, что способствовало увеличению объема мягких и твердых тканей.

НОВАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СОСТОЯНИЙ ТКАНЕЙ ВОКРУГ ИМПЛАНТАТОВ – НОВАЯ СТУПЕНЬ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТОЛОГИИ

Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Лобода Е.С., Тачалов В.В., Посохова Э.В.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Минздрава России,
Российская Пародонтологическая Ассоциация, Городской пародонтологический центр «ПАКС»,
Санкт-Петербург*

I. Здоровый пародонт, заболевания/состояния десен.

1. Здоровый пародонт и десневой край.

- A. Клинически здоровый десневой край с неизменным интактным пародонтом.
- B. Клинически здоровый десневой край с пораженным пародонтом.

- I) стабильный пародонтологический пациент.
 - II) пародонтологически здоровый пациент.
2. Гингивит (вызванный действием микробной биопленки).
 - A. Ассоциированный только с биопленкой.
 - Б. Опосредованный системными или местными факторами риска.
 - В. Ассоциированный с влиянием лекарственных препаратов (гипертрофический?).
 3. Заболевания десневого края, вызванные иными факторами (не биопленкой).
 - A. Генетические заболевания и нарушения развития.
 - Б. Специфические инфекции.
 - В. Воспалительные и иммунные состояния.
 - Г. Реактивные процессы.
 - Д. Новообразования.
 - Е. Эндокринные, метаболические заболевания и болезни питания.
 - Ж. Травматические повреждения.
 3. Пигментация десневого края.

II. Пародонтит.

1. Некротические заболевания пародонта.
 - A. Некротический гингивит.
 - Б. Некротический пародонтит.
 - В. Некротический стоматит.
2. Пародонтит как проявление системных заболеваний.
Классификация этих состояний должна быть основана на первичном системном заболевании в соответствии с Международной Статистической Классификацией заболеваний и связанных проблем здоровья.

3. Пародонтит.

A. Этапы: базируются на тяжести и комплексности течения:

- 1 - Инициальный (первичный, начальный) пародонтит – легкая степень.
 - 2 - Пародонтит средней степени тяжести.
 - 3 - Пародонтит тяжелой степени с потенциальным риском потери зубов.
 - 4 - Пародонтит тяжелой степени с потенциальным риском потери протезов.
- Б. Степень распространенности: локализованный, генерализованный, по локализации: в области моляров/резцов.
- В. Степень развития:
- 1 - Степень А – низкий уровень прогрессии.
 - 2 - Степень Б – средний уровень прогрессии.
 - 3 - Степень В – быстрый уровень прогрессии.

III. Другие заболевания пародонта.

1. Системные заболевания или состояния, действующие на ткани пародонта.
2. Другие пародонтальные состояния.
 - A. Пародонтальные абсцессы.
 - Б. Эндопериопоражения.
3. Мукогингивальные деформации и состояния зубов.
 - A. Фенотип десны (тонкий?).
 - Б. Рецессии десны.
 - В. Недостаток десны.
 - Г. Мелкое преддверие полости рта.
 - Д. Короткая уздечка губ и тяжи.
 - Е. Избыток десны (гипертрофия?)
 - Ж. Измененный цвет десны.
3. Состояние оголенной поверхности корня.
4. Травматическая окклюзия.
 - A. Первичная травматическая окклюзия.
 - Б. Вторичная травматическая окклюзия.
 - В. Ортодонтические силы (лечение).

5. Факторы, связанные с зубами и протезами, которые приводят к вызванным биоопленкой заболеваниям десен и пародонта.

А. Локальные факторы, связанные с зубами.

Б. Локальные факторы, связанные с протезами.

IV. Заболевания тканей вокруг имплантатов.

1. Здоровые ткани вокруг имплантатов.

2. Мукозит тканей вокруг имплантатов (воспаление слизистой оболочки).

3. Периимплантит.

4. Дефицит мягких тканей и твердых тканей вокруг имплантатов.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЛУНКИ ЗУБА

Робустова Т.Г., Иорданишвили А.К., Лысков Н.В., Коровин Н.В.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва,

ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Изучены особенности психологической адаптации в процессе лечения альвеолита средней тяжести у 112 (72 мужчины и 40 женщин) в возрасте от 18 до 52 лет. Особенности психологической дезадаптации взрослых людей при альвеолите изучены путём оценки синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации (СПСАФД).

Ключевые слова: операция удаления зуба, альвеолит, степень тяжести альвеолита, эффективность лечения, зубы мудрости, адаптация в стоматологии, синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации.

Введение. В клинической практике врачей стоматологов-хирургов остаётся актуальной проблема лечения альвеолитов, которые возникают после операции удаления зуба у 2,7–17% пациентов и составляют до 50% всех послеоперационных осложнений, возникающих при этой самой частой в медицине операции. Описано большое количество методов лечения, а также фармакологических средств, которые в разное время применялись и до сих пор используются с разной эффективностью стоматологами-хирургами в их повседневной работе в отделениях и кабинетах хирургической стоматологии. Для этих целей применяли геливин, оксигелодекс, солкосерил-желе, дермазин, дентамет, герпенокс, аргакол, специальные пасты, приготавливаемые непосредственно перед внесением их на раневую поверхность при инфекционно-воспалительных явлениях. Эффективное лечение альвеолита, способствует уменьшению нетрудоспособности пациентов, страдающих этим заболеванием, а также профилактике атрофии альвеолярных отростков и дуг челюстей у них. Поэтому поиск новых эффективных средств для лечения альвеолита сохраняет свою актуальность в связи с тем, что частота встречаемости этого ближайшего осложнения операции удаления зуба не уменьшается. В последнее время особое внимание уделяется использованию в медицинской практике готовых лекарственных форм (средств), что удобно для практической стоматологии. В то же время в специальной литературе отсутствуют сведения о личностном реагировании пациентов на болезнь возникновения у них при инфекционно-воспалительных осложнениях, которые развиваются после операции удаления зуба.

Целью исследования являлись разработка методики оценки тяжести альвеолита, а также изучение особенностей личностного реагирования пациента при возникновении после операции удаления зуба альвеолита путём оценки синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации.

Материал и методика исследования. На первом этапе исследования для разработки способа оценки тяжести течения альвеолита была проанализирована клиническая симптоматика этого заболевания у 242 (173 мужчин и 89 женщин) в возрасте от 18 до 72 лет. Диагностировали ведущие клинические симптомы, затем ранжировали их по степени тяжести течения с учётом клинической картины заболевания, что позволило, применив методику А.К. Иорданишвили, предложить способ оценки тяжести течения альвеолита, а также методику оценки эффективности проведённого лечения. На втором этапе исследования проведёно изучение особенностей личностного реагирования на болезнь при развитии у 112 (72 мужчин и 40 женщин) пациентов молодого и среднего возраста (от 18 до 52 лет) после операции удаления зуба альвеолита. При этом были отобраны только лица, страдающие альвеолитом средней тяжести, которые были разделены на 3 группы. У лиц 1-й группы альвеолит развился после операции удаления нижнего зуба мудрости. У пациентов 2-й группы возникновение альвеолита было связано с удалением верхнего зуба мудрости. В 3-ю группу вошли пациенты, у которых альвеолит развился после удаления всех других зубов (резцы, клыки, премоляры, первые и вторые моляры обеих челюстей).

Результаты исследования. В работе представлены разработанные авторами способ определения тяжести течения альвеолита, а также методика оценки эффективности лечения альвеолита. Изучены особенности психологической адаптации в процессе лечения альвеолита средней тяжести путём оценки синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации (СПСАФД). Установлены достоверные различия в личностном реагировании на болезнь при развитии альвеолита после удаления верхних, нижних зубов мудрости, а также других зубов, что связано с особенностями возникающих после операции осложнений, а также снижением жевательной функции и (или) эстетики лица вследствие утраты зуба и необходимости последующего зубного протезирования.

Заключение. Сделан вывод, что рациональное использование в клинической стоматологии методики анализа СПСАФД даст возможность его коррекции и явится одним из направлений в повышении удовлетворённости пациентов качеством стоматологической помощи.

ВЫБОР СРЕДСТВ ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА И ОРТОДОНТА Рыжова Д.В., Фадеев Р.А.

*Кафедра стоматологии ФГБОУ ВО Новгород. Ярослава Мудрого, Нижний Новгород,
кафедра ортодонтии СПбИНСТОМ, кафедра ортопедической стоматологии ФГБОУ ВПО СЗГМУ
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Для выполнения прецизионной работы в полости рта, в том числе пациентов с сахарным диабетом, помимо прочих условий и средств стоматологу необходимо превосходно видеть рабочее поле – это позволяет более качественно произвести необходимые манипуляции. Для этого в стоматологии в настоящее время применяются средства оптического увеличения.

Цель: определение влияния средств оптического увеличения (далее – СОУ) на зрительный анализатор ортопедов и ортодонтов и качество выполняемых ими работ.

Задачи:

1. Проведение анкетирования стоматологов с целью выявления применения ими СОУ в клинической практике.
2. Разработка методики оценки качества препарирования зубов под металлокерамические коронки.
3. Разработка методики оценки качества фиксации несъемных ортодонтических аппаратов.
4. Выявление влияния СОУ на зрительный анализатор ортопедов и ортодонтов.
5. Выявление влияния СОУ на качество выполняемых ортопедом и ортодонтами работ.
6. Выработка рекомендаций по подбору оптимальной кратности СОУ, используемых в клинической практике ортопедом и ортодонтами.

Выводы:

1. Анализ результатов проведенного анкетирования врачей стоматологов-ортопедов и ортодонтов Санкт-Петербурга показал, что врачи-стоматологи предпочитают использовать максимальную кратность увеличения используемого СОУ, при этом СОУ преимущественно используют врачи стоматологов-ортопеды в возрасте до 30 лет и старше 40 лет. Необходимо подчеркнуть, что большинство опрошенных врачей-стоматологов, использующих в своей практике СОУ, после работы с СОУ испытывали усталость глаз.

2. Нами были разработаны методики оценки качества препарирования зубов под металлокерамические коронки, получены патенты на способ (патент № 2613433) и устройство (патент № 163331) для определения качества подготовки зубов под разные виды коронок.

3. Нами была разработана методика оценки качества фиксации брекет-системы, подготовлена и подана заявка на регистрацию патента методики оценки качества фиксации брекет-системы. Авторы: Фадеев Р.А., Геевский В.Ю., Рыжова Д.В.

4. Изучение возможного влияния СОУ на зрительный анализатор врача-стоматолога выявило снижение контрастной чувствительности в группе с миопической рефракцией, при этом по данным фотостресс-теста и измерения остроты зрения статистически значимых ухудшений показателей не наблюдалось. Отмечено, что максимальный комфорт при выполнении заданий обследуемые отметили при использовании СОУ минимальной кратности (2,3), а низкий уровень астенопии вообще без использования СОУ. Наименьшее удобство при работе и активно развивающиеся жалобы на усталость глаз обследуемые испытали во время использования СОУ максимальной кратности (3,5).

5. Анализ полученных данных показывает, что применение СОУ с минимальной кратностью увеличения 2,3 позволяет достигнуть наиболее высоких результатов при подготовке зубов под металлокерамические коронки и при фиксации брекет-систем. На наш взгляд это обусловлено тем, что данный тип СОУ обладает хорошими свойствами детализации без ухудшения общей визуализации рабочего поля объекта, подвергаемого обработке. Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что врачам при работе с данным видом СОУ необходимо особое внимание обращать на выдерживание необходимого угла конвергенции при обработке зубов под металлокерамические коронки.

6. Оптимальной кратностью СОУ для обработки зубов под металлокерамические коронки и для фиксации брекет-систем следует считать 2,3 в сочетании с коаксиальным светом.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА С ПАЦИЕНТОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

**Старковский К.И., Михайлова А.В., Николаева М.В., Каминская Л.В.,
Толкачева С.В.**

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России,

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», Санкт-Петербург

Ключевые слова: врач-стоматолог, профессиональный стресс, синдром выгорания.

Введение: одной из основных причин эмоционального выгорания является напряженное взаимодействие между врачом-стоматологом и пациентом. Выгорание в данном случае является следствием эмоциональной перегрузки. Условия труда врача-стоматолога обладают некоторой спецификой, которая может быть значимой для формирования профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания. Взаимодействие с пациентами, испытывающими боль, встревоженными и напряженными, иногда в этой связи агрессивно настроенными, создает постоянное эмоциональное напряжение у врача. Важным обстоятельством в формировании синдрома эмоционального выгорания является особенность работы врача-стоматолога в интимной зоне общения (лицом к лицу) на протяжении практически всего рабочего дня, в отличие от врачей других специальностей.

Цель: изучение эмоционального состояния врача-стоматолога при работе с пациентами на амбулаторном приеме.

Материалы и методы: для оценки психического и функционального состояния врача-стоматолога во время работы и пациента, сидящего в кресле этого врача одновременно, проводили оценку по шкале стоматологической тревожности Кораха (DAS). Врачей и пациентов разделили на две группы, в одной из которых проводили премедикацию.

Результаты: анализ результатов показал, что 78% врачей считают профессию врача-стоматолога более стрессогенной, чем другие профессии, 12% – менее стрессогенной, а 10% называют ее такой же, как и другие профессии. Показано, что врач, работающий с премедикацией пациента, практически сохраняют у себя уровень показателей контрольного тестирования, в отличие от врачей, которые не проводили премедикацию, сохраняя высокий уровень напряжения и тревоги. Установлено, что 82% врачей группы, в которой не проводили премедикацию, реагировали в более легкой и более сильной степени на эмоциональное состояние пациента, причем эта реакция удерживалась и после окончания лечения пациента.

Вывод: ответственный характер деятельности врача-стоматолога обуславливает различные стрессогенные ситуации, которые создают предпосылки для возникновения профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания. Создание комфорта врачу при лечении пациента предполагает использование всего арсенала средств от эмпатической беседы, применения суггестивных методов до применения индивидуальной медикаментозной подготовки. Такой подход в работе врача-стоматолога не только осуществит коррекцию эмоционального стресса, но и одновременно будет профилактикой профессионального стресса.

ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ МОЛЯРНО-РЕЗЦОВАЯ ГИПОМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Ткаченко Т.Б., Савушкина Н.А., Котюрова О.Л., Карпова Л.С.

*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Минздрава России,*

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», Санкт-Петербург

Резюме: некариозные поражения зубов до недавнего времени оставались наименее изученной областью стоматологии. В первую очередь это относится к порокам развития твердых тканей зуба первой группы, а именно возникающих в период формирования зачатков (т. е. до клинического прорезывания зубов). Именно детские стоматологи первыми из врачей стоматологического профиля наблюдают таких пациентов.

Ключевые слова: гипоплазия, молярно-резцовая гипоминерализация, энамелобласты, этиопатогенез.

Цель: проанализировать актуальность изучения проблемы некариозного поражения зубов, такого как, гипоплазия эмали на основании изучения современной отечественной и зарубежной литературы.

Материалы: в нашей работе мы провели анализ отечественных и зарубежных источников литературы за последнее десятилетие, в которых указывается актуальности проблемы, гипоплазия эмали.

Результаты: наиболее распространённой патологией твердых тканей зубов некариозного происхождения, формирующейся до их прорезывания является гипоплазия эмали.

Различают два вида гипоплазии: локальную и системную. Локальная гипоплазия эмали может затрагивать один зуб или два рядом стоящих. Это обусловлено местными нарушениями, например, это может быть травма зачатка зуба или остеомиелит верхней или нижней челюсти; в постоянном зубе она может вызваться периапикальной инфекцией соответствующего временного зуба. Для системной гипоплазии эмали характерно нарушение строения эмали всех зубов или группы зубов, в которых в это время происходило формирование эмали. Развивается она как правило, после перенесенных различных инфекционных заболеваний, а также при метаболических нарушениях в организме ребенка. По выздоровлении нормальный процесс амелогенеза восстанавливается. В результате на этих зубах мы видим клинически заметные полоски гипоплазированной эмали, чередующиеся с нормальной эмалью.

Гипоплазия эмали – порок развития эмали зубов, возникающий при метаболических нарушениях в развивающихся зубах, проявляющийся количественными и качественными изменениями эмали. Леонтьев В.К. и Кисельникова Л.П. рассматривают гипоплазию, как исход замедленной и извращенной функции амелобластов. Данная патология возникает в результате нарушения двух взаимосвязанных процессов: секреции органической матрицы амелобластами и ослабления процесса минерализации.

Клетки, образующие эмаль, – энамелобласты (от лат. enamelum – эмаль и греч. blastos – росток) – возникают вследствие преобразования преэнамелобластов, которые, в свою очередь, дифференцируются из клеток внутреннего эмалевого эпителия. Энамелобласты очень чувствительны к внешним влияниям, которые приводят к отклонениям нормального течения амелогенеза. Если воздействие повреждающего фактора приходится на период секреции эмали, то количество образующейся эмали (толщина ее слоя) в данном участке снижается, такое нарушение носит название недоразвития или гипоплазии эмали (от греч. hupo – уменьшение и plasia – образование). Если воздействие приходится на период созревания эмали, то нарушается ее минерализация. Такое состояние называется гипокальцификацией эмали (Быков В.Л., 2011).

В зарубежной литературе встречается следующая интерпретация: при снижении продукции эмалевого матрикса образованная эмаль будет тоньше (гипоплазия). Если возникает нарушение минерализации протеинов матрикса эмали, то эмаль будет слабоминерализованной (гипоминерализацию иногда разделяют на гипокальцинацию, подразумевающую довольно серьезные нарушения, и гипоматурацию – для менее выраженных нарушений). В большинстве случаев присутствуют оба нарушения – гипоплазия и гипоминерализация (Велбери Р.Р., Даггл М.С., Хози М.Т.; пер. с англ. под ред. Л.П. Кисельниковой, 2016).

Сама гипоплазия эмали известна давно, ссылаясь на литературу прошлого века мы можем проанализировать этиопатогенез данного порока развития твердых тканей зубов. В.К. Патрикеев (1967) считал, что при гипоплазии нарушены не только процессы минерализации, но в первую очередь построение белковой матрицы эмали зуба в результате недостаточной или замедленной функции амелобластов. М.И. Грошиков (1985) отмечал, что гипоплазия тканей зуба возникает при нарушении метаболических процессов в зачатках зубов под влиянием нарушения мине-

рального и белкового обмена в организме плода или ребенка, или местнодействующей на зачаток зуба причины. Недоразвитие эмали при гипоплазии необратимо, т. е. гипопластические дефекты не претерпевают обратного развития и остаются на эмали зубов на весь период жизни.

В самом начале 21 века, в зарубежной литературе появилось такое понятие, как молярно-резцовая гипоминерализация эмали (Molar-Incisor-Hipomineralisation). Термин молярно-резцовая гипоминерализация (МРГ) предложен Weerheijm et al. в 2001 году. Под МРГ понимают гипоминерализацию эмали системного происхождения с поражением от 1-го до 4 первых постоянных моляров, часто сочетающуюся с поражением резцов. Гипоминерализация эмали является качественным дефектом эмали из-за нарушения во время начальной кальцификации и/или во время созревания (Jälevik and Norén, 2000; Weerheijm et al., 2003). В некоторых случаях участки гипоминерализации могут также обнаруживаться на постоянных клыках, премолярах, вторых постоянных и вторых временных молярах.

В отечественной литературе (Яцкевич Е.Е., Осокина Г.Г., 2005; Федоров Ю.А., Киброцашвили И.А., 2002, 2007; Плюхина Т.П., 2003; Ожгихина Н.В., 2002; Беляков Ю.А., Елизарова В.М., Кротов В.А., Блинникова О.Е., 2000; Елизарова В.М., Новиков П.В., Гончаренко А.С., 2006; Кисельникова Л.П., 2005; Кисельникова Л.П., Ожгихина Н.В., 2001) для описания подобного заболевания принят термин «системная гипоплазия эмали», в европейской литературе (William V., Messer L.B., Burrow M.F., 2007; Weerheijm K.L., Jalevik B., Alaluusua S., 2001; Weerheijm K.L., 2001, 2003; Lygidakis N.A., Dimou G., Briseniou E., 2008; Fitzpatrick L., O'Connell A., 2007) используется термин «молярно-резцовая гипоминерализация», что подразумевает под собой поражение системной гипоплазией моляров и резцов.

Современные авторы связывают пороки развития твердых тканей зубов с патологией беременности будущей мамы на последних месяцах, а также соматическим состоянием здоровья ребенка в первый год жизни (Мамедов А.А., Адмакин О.И., Жолобова Е.С., Харке В.В., Солоп И.А., 2011; Адмакин О.И., Чугаева У.Ю., Нагаевский И.В., Козлитина Ю.А., 2011; Яцкевич Е.Е., Осокина Г.Г., 2005; Плюхина Т.П., 2003).

Наиболее распространенными системными факторами являются эндокринопатии (Кисельникова Л.П., Ожгихина Н.В., 2001), заболевания, сопровождающиеся лихорадочным состояниями нарушения питания (...), токсическое воздействие некоторых веществ (Федоров Ю.А. и соавт., 2000).

По мнению Alaluusua S. (2009), пять факторов являются предрасполагающими в формировании МРГ: 1) гипертермия, сопровождающая детские инфекционные заболевания; 2) гипоксия пренатального, перинатального и постнатального периодов; 3) гипокальциемия, ассоциированная с болезнями матери (диабет, дефицит витамина Д, недоношенность); 4) применение антибиотиков в первый год жизни, в частности амоксициллина, эритромицина, макролидов; 5) влияние экотопогенов (диоксинов, полихлорированных бисфенолов).

Однако все авторы отмечают, что независимо от причин способствующих формированию системной гипоплазии эмали механизм этого порока одинаков. Т. е. гипоплазия не связана с каким-то определенным заболеванием или нарушением, перенесенным ребенком, но клинические проявления СГЗ позволяют судить о тяжести повреждающего фактора и длительности и периода его воздействия.

Выводы: в настоящее время проблема пороков развития твердых тканей зубов в нашей стране и за рубежом не снижается, что служит поводом для ее дальнейшего изучения.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОНКОСКРИНИНГА НА БАЗЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА

Удальцова Н.А., Хромова Е.А., Кулик И.В., Саханов А.А., Леонова Е.В., Лесоцкая Е.А., Иорданишвили А.К.

Актуальность проблемы связана с тем, что своевременная диагностика на ранних стадиях предраковых заболеваний слизистой оболочки рта может явиться основой их профилактики. Очевидно, что успешное решение этих проблем не под силу онкологам без участия стоматологической службы районных поликлиник, то есть первичного звена.

Целью исследования является повышение эффективности диагностики заболеваний слизистой оболочки рта, губ и языка в условиях стоматологической поликлиники путем внедрения современных, доступных технологий.

Задачи:

1. улучшение своевременной диагностики для выявления ранних бессимптомных форм онкологических заболеваний различной локализации в полости рта;
2. разработка простых, неинвазивных методов обследования;
3. активное привлечение к онкоскринингу населения района.

Материалы и методы: исследование проводилось на кафедре стоматологии общей практики СЗГМУ им. И.И. Мечникова, в поликлинике № 31 (Солидарности, 12), поликлинике № 29 Фрунзенского района СПб.

Обследовано 110 человек, впервые обратившихся в районные поликлиники для стоматологического лечения. Проводились традиционные методы обследования челюстно-лицевой области, результаты которых заносятся в карту и разработанную анкету для выявления факторов онкологического риска.

Анкета пациентов для выявления факторов онкологического риска и начальных симптомов онкологических заболеваний

Вопросы		Да	Нет
1	Есть ли (были ли) у Вас онкологические заболевания?		
2	Есть ли (были ли) онкологические заболевания у ваших близких родственников (дедушка, бабушка, папа, мама, брат, сестра)?		
3	Курите ли Вы?		
4	Употребляете ли Вы алкоголь?		
5	Были ли (есть ли) у Вас грибковые заболевания?		
6	Есть ли у Вас изъязвления или незаживающие раны в полости рта?		
7	Являетесь ли Вы носителем вируса простого герпеса?		
8	Являетесь ли Вы носителем вируса папилломы человека (HPV)?		
9	Связана ли ваша работа с воздействием вредных для человеческого организма факторов: радиация, высокое атмосферное давление и другие поражающие физические и/или химические факторы?		
10	Подвергаетесь ли Вы систематическому воздействию солнечной инсоляции и ветра на губы (метеорологические факторы)?		

В карте пациента отмечались хронические заболевания, прием лекарственных препаратов, аллергические реакции.

Особо обращалось внимание на длительно незаживающие язвы на губе, в полости рта или на языке, уплотнения, узлы, кровоточивость, охриплость голоса или затруднение глотания, продолжительные боли в горле, увеличение лимфоузлов или появление опухоли на шее. Все эти симптомы заносятся в карту.

Одним из возможных методов онкоскрининга является аутофлуоресцентная стоматоскопия (АФС). Аутофлуоресцентная стоматоскопия является дополнительным методом исследования. Аутофлуоресцентная стоматоскопия – оптический метод визуализации патологических изменений слизистой оболочки полости рта.

Осмотр проводился при выключенном освещении. Пациенту надевали специальные очки. Излучение аппарата «АФС» направляется в полость рта, и через специальные очки проводится визуальный осмотр всех отделов полости рта. Особое внимание обращалось на цветовую палитру свечения нормальной слизистой оболочки и **участков аномального свечения**. При освещении светодиодным аппаратом «АФС» нормальная слизистая оболочка щеки, мягкого и твердого неба имеет **зеленое свечение**.

При люминесцентной диагностике выявлены различные виды свечения очагов поражений кератоза в лучах Вуда, что позволило диагностировать у 17 человек красный плоский лишай и у 10 человек – лейкоплакию. У 9 человек с плоским лишаем обнаружен на поверхности кератозного рисунка на слизистой оболочке псевдомицелий гриба *Candida albicans*, что важно для проведения курса лечения. Большое значение для последующего контроля при проведении лечения имеет величина площади поражения, поэтому фиксация размера кератоза в день обращения позволяет в дальнейшем наблюдении отслеживать эффективность лечебных мероприятий. При измерении площадей поражения были получены следующие результаты: площадь ретромолярных участков при плоском лишае была $2,89 \pm 0,03 \text{ см}^2$, сочетание поражений в ретромолярной области и на дорзальной поверхности языка $0,45 \pm 0,02 \text{ см}^2$; площадь поражений слизистой оболочки в углах рта при лейкоплакии составила в среднем $0,34 \pm 0,01 \text{ см}^2$, поражение на слизистой оболочке в переднем отделе щек – $5,27 \pm 0,11 \text{ см}^2$.

Выводы: проведение дней здоровья полости рта в поликлиниках, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС, будет способствовать мотивации пациентов к более внимательному отношению к стоматологическому здоровью.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРАБОТКИ РАН МЯГКИХ И ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Удалцова Н.А., Мадай О.Д.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

При оказании помощи тяжелораненым с обширным повреждением тканей ЧЛО в многопрофильном специализированном хирургическом стационаре целесообразно выполнение первичной хирургической обработки в объеме ранних реконструктивно-пластических операций. Классические этапы ПХО могут быть дополнены восстановлением костных анатомических ориентиров (высоты и ширины лица) и максимальным сохранением костных структур.

Основными размерами лицевого скелета являются его ширина и высота (по аналогии – длина и анатомическая ось конечности). Во время тяжелых ранений челюстно-лицевой области происходит нарушение этих размеров и анатомических ориентиров. Восстановление их в плановом порядке является весьма сложной и часто нерешаемой задачей, следовательно, одной из основных задач раннего реконструктивного вмешательства является восстановление исходных анатомических ориентиров лица путем внеочаговой фиксации сохраненных частей лицевого скелета.

Принципы фиксации поврежденных костных структур средней зоны лица несколько сходны с методикой, разработанной М.А. Макиенко для внеочагового остеосинтеза переломов верхней челюсти. Отличие состоит в том, что при травмах отсутствует костный дефект и редко встречается многооскольчатый характер перелома.

Задача хирурга при огнестрельном переломе ЧЛО заключается в сопоставлении двух, трех и более костных отломков. В данном случае осуществляется нанизывание костных отломков на спицы с упором и созданием компрессии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ОНКОПАТОЛОГИЮ И ПЕРЕНЕСШИХ ХИМИОТЕРАПИЮ

Ханов И.А.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», Санкт-Петербург

Актуальность проблемы: в начале нынешнего столетия Международный Институт Диабета (IDI) предсказал, что к 2025 г. число больных диабетом возрастет в мире от нынешних 190 млн до 324 млн человек. Лица, страдающие сахарным диабетом, в большей степени, чем популяция в целом, предрасположены к развитию, по крайней мере, ряда злокачественных новообразований. Среди этих опухолей необходимо упомянуть, в первую очередь, рак печени, рак поджелудочной железы, колоректальный рак и рак тела матки.

При сахарном диабете на 20–50% возрастает риск образования рака молочных желез и толстого кишечника. В то же время вероятность развития рака легких минимальная. Хронически повышенный уровень сахара в крови на 40% увеличивает риск возникновения онкологии, в том числе и в быстро текущей форме.

Цель исследования: изучить состояние тканей пародонта и риски обострений заболевания пародонта после профилактической гигиены полости рта, проведенного пародонтологического лечения и после назначения ополаскивателя **Curasept ADS 220 (0,20% хлоргексидина)** и лечебно-профилактической пасты CURAPROX Enzycal Zero.

Материалы и методы: было обследовано 12 больных сахарным диабетом (женского пола), в анамнезе которых онкопатология, перенесших химиотерапию и группа контроля (12 условно здоровых пациентов (возрастная группа исследуемых от 40 до 65 лет)). Пациентам на первом этапе проводилось стоматологическое обследование, определение индексов гигиены, перед стоматологическими манипуляциями первая группа пациентов заранее была проконсультирована с врачом-онкологом о возможности пародонтологического лечения. Вторым этапом была проведена профессиональная гигиена полости рта в виде удаления зубных отложений и снятие зубного налета с помощью системы Air-Flow (вне обострений), плановая санация полости рта, консервативное лечение воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки, в домашних условиях было назначено для лиц с сахарным диабетом **Curasept ADS 220 (0,20% хлоргексидина)** и лечебно-профилактическая паста Enzycal Zero, для условно

здоровой группы – только зубная паста Curasept ADS 712. В течение исследования проводились профилактические осмотры, после лечения через 2 недели, через месяц, через 3 и 6 месяцев; при этом необходимость контроля глюкозы крови в домашних условиях была одним из немаловажных пунктов. На контрольном осмотре пациентам было предложено заполнить анкету, где были указаны варианты жалоб и количество обострений за 6 месяцев после пародонтологического лечения, средние показатели глюкозы крови, так же было указано, вызывал ли дискомфорт или аллергические реакции **Curasept ADS 220**, лечебно-профилактическая паста CURAPROX Enzucal Zero для исследуемой группы и Curasept ADS 712 для условно-здоровой группы.

Результаты исследования: в результате исследования установлено, что из 12 пациентов, которые подвергались исследованию за 6 месяцев, обострение хронического пародонтита было выявлено только у двух пациенток (16,7%), у которых терапия не показала существенных изменений, что было обусловлено недостаточной гигиеной полости рта пациенток на момент осмотра, невыполнением рекомендаций врача стоматолога-пародонтолога. У 10 пациенток (83,3%) отмечался положительный эффект (значительно уменьшились кровоточивость десен, болезненность при приеме пищи, ощущение сухости, нормализовался цвет десны, полностью исчезла экссудация из пародонтальных карманов, отсутствовали обострения в период наблюдения). Стоматологический пародонтит, фиксируемый в начале исследования, показал также положительную количественную динамику. В контрольной группе эффективность лечения по индексной оценке оказалась ниже, улучшилась только гигиена полости рта.

Вывод: в результате проведенного исследования были определены основные качественные характеристики применяемых антисептических зубных паст (очищающие, противовоспалительные, адсорбирующие, слюногонные, с высокой клинической эффективностью) и необходимость применения данных зубных паст больными сахарным диабетом, перенесшими химиотерапию в комплексной терапии стоматологических проявлений заболевания.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА **Шумченко М.А.**

Цели и задачи: в настоящее время проблема регенерации костной ткани у пациентов с пародонтитом является очень актуальной. Целью данной работы является оценка эффективности устранения пародонтальных дефектов методом НРТ с использованием барьерной мембраны "Bio-Gide".

Материалы и методы: под наблюдением находилось 9 пациентов с пародонтитом средней степени тяжести. После комплексного обследования, включающего измерение глубины пародонтальных карманов при помощи зондирования и оценку состояния альвеолярной кости на ОПТГ, а также этапа базовой терапии было проведено хирургическое лечение: 5 пациентам методом НРТ с использованием коллагеновой мембраны "Bio-Gide", 4 пациентам – лоскутная операция с подсадкой остеопластического материала.

Результаты и выводы: в результате исследования было установлено, что прирост костной ткани при применении метода НРТ составил в среднем 80% от исходного уровня, в то время как восстановление кости после проведения лоскутной операции не превышало 55%. Таким образом, при использовании метода НРТ наблюдается значительное восстановление костной ткани альвеолы, что позволяет существенно повысить качество проводимого лечения.

ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ – ПРЕДПОСЫЛКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА **Шумченко М.А.**

Актуальность: электронные сигареты были созданы в Китае в 2003 году. Основной целью их изобретения стала задача создать безопасный способ курения. Многие люди стали делать выбор в пользу электронных сигарет, доверяя информации о том, что они безвредны. В настоящее время стали появляться данные о вреде электронных сигарет, но исследований в этой области проведено мало.

Цель: изучить и сравнить уровень гигиены и состояние пародонтальных тканей у курильщиков электронных сигарет и некурящих, а также определить – влияет ли пар от электронных сигарет на температуру тканей полости рта и скорость слюноотделения?

Материал и методы: в исследовании принимали участие 20 человек в возрасте от 20 до 30 лет. 15 из них являлись курильщиками вейпов со стажем не менее 3 лет, остальные 5 некурящих человек были объединены в группу

сравнения. Уровень гигиены полости рта оценивали с помощью упрощенного индекса гигиены ОНI-5, состояние тканей пародонта оценивали, используя пародонтальный индекс Рассела. У каждого добровольца оценивали скорость слюноотделения и температуру в полости рта. Курильщикам электронных сигарет было проведено измерение температуры в полости рта до курения, через 5 и через 30 минут после него с помощью электронного термометра. Также было проведено измерение скорости саливации до курения, через 15 минут и через 45 минут после него. Для оценки скорости слюноотделения (в мл/мин) у пациентов собирали слюну натошак или не менее чем через 2 часа после еды. Использовали методику С. Dawes. Не стимулированную слюну, которая естественным образом скапливается в полости рта, собирали в градуированные пробирки в течение 5 минут.

Результаты исследования: проведенные исследования показали, что в группе курильщиков электронных сигарет состояние тканей пародонта хуже по сравнению с группой сравнения. Так, при оценке индекса гигиены результаты были следующие: у 5 человек результат был удовлетворительный (0,7–1,6 балла), у 6 человек – неудовлетворительный (1,7–2,5 балла), у 4 – плохой (больше 2,6 балла). В группе сравнения показатели индекса гигиены были лучше: у 2 человек – хороший уровень гигиены (0–0,6 балла), у 2 человек – удовлетворительный (0,7–1,6 балла), у 1 – неудовлетворительный (1,7–2,5 балла). При оценке результатов пародонтального индекса Рассела получили следующие результаты: у 1 курильщика электронных сигарет не выявили изменений в пародонте (0–0,1 балла), начальная и первая стадии заболеваний пародонта (0,1–1,5 балла) выявлена у 6 человек, у 8 – вторая стадия заболеваний пародонта (1,5–4,0 балла). Результаты исследования пациентов группы сравнения: изменений в пародонте не выявлено (0–0,1 балла) – у 1 некурящих, начальная и первая стадии заболеваний пародонта (0,1–1,5 балла) – у 4 человек, вторая стадия заболеваний пародонта (1,5–4,0 балла) – у 1 некурящего. Значения показателя температуры в полости рта у некурящих и у курящих электронные сигареты до курения находились в диапазоне от 36,7 до 37,1 °С, что является нормальной температурой для полости рта. Этот показатель у курящих электронные сигареты после курения изменялся в сторону увеличения. Через 5 минут после курения показатели были в диапазоне от 36,9 до 37,3 °С. Таким образом, пар от электронных сигарет увеличивал температуру в полости рта на 0,2–0,3 °С. К исходным значениям температура возвращалась только через 30 минут. Скорость саливации у курящих электронные сигареты до курения и в группе сравнения находилась в пределах от 0,52 до 0,62 мл/мин. После курения у вейперов через 15 минут были зафиксированы значения показателя от 1,11 до 1,17 мл/мин. К исходным значениям скорость саливации возвращалась через 45 минут.

Заключение: по полученным данным можно сделать вывод, что гигиена полости рта и состояние тканей пародонта у курильщиков электронных сигарет неудовлетворительны. После курения температура в полости рта повышается в среднем на 0,2–0,3 °С, увеличивается скорость слюноотделения. В литературе есть данные о том, что обычные сигареты увеличивают скорость слюноотделения и температуру в полости рта. Курильщики намного чаще имеют неудовлетворительную гигиену полости рта и пародонтологические проблемы. Можно предположить, что пар от электронных сигарет действует по тому же принципу, что и дым от обычных сигарет. При этом нарушаются процессы кровообращения и оксигенации тканей слизистой оболочки полости рта, изменяется состав и качество ротовой жидкости, прогрессирует атрофия малых слюнных желез, перепад температур неблагоприятно воздействует на эмаль зубов. Вейперы, так же как и курильщики обычных сигарет, чаще подвержены воспалительным заболеваниям пародонта.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Щегельская Т.Ю., Цейтлин О.Я.

Научно-технический комплекс ОАО «АВАНТА», Краснодар

Цель данной работы: показать важность выбора средств гигиены полости рта при сахарном диабете для улучшения контроля над системным заболеванием и повышения качества жизни пациентов.

Взаимосвязь между сахарным диабетом и заболеваниями полости рта широко изучается в многочисленных клинических исследованиях и является предметом мета-анализов и обсуждений на междисциплинарных конференциях. К числу важнейших диабет-ассоциированных проблем относится в первую очередь ксеростомия, часто являющаяся первым симптомом развивающихся воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, а также заболевания твердых тканей зубов кариозного и некариозного характера.

Известно, что риск развития заболевания тканей пародонта у людей с диабетом в несколько раз превышает таковой у здоровых людей. Пародонтит является шестым по распространенности осложнением сахарного диабета.

Последствия пародонтита и потери зубов негативно сказываются не только на качестве жизни пациентов, но могут оказать существенное влияние на течение основного системного заболевания: зачастую трудно добиться контроля гликемии при наличии серьезных воспалительных заболеваний полости рта.

Значительную роль как в профилактике заболеваний полости рта, так и при их лечении, играет выбор средств ежедневной гигиены (зубные пасты, ополаскиватели). Рекомендации таких продуктов должны основываться на оценке состояния тканей полости рта и прогрессирования осложнений со стороны пародонта. Так, при ксеростомическом синдроме показано использование средств с увлажняющими компонентами, при наличии кровоточивости дёсен – с вяжущими и антибактериальными. В Рекомендации Международной Федерации «ДИАБЕТ» (IDF) также входит использование специальных бесспиртовых ополаскивателей для улучшения здоровья полости рта.

Разные потребности ухода при разных проблемах учтены в составе средств специализированной линии «ДиаДент» серии DiaVit®. Так, зубная паста и ополаскиватель «ДиаДент РЕГУЛЯР» предназначен для регулярного, профилактического ухода, а «ДиаДент АКТИВ» рекомендованы для гигиены полости рта в период обострения заболеваний пародонта.

Простая и понятная схема применения линии «ДиаДент» помогает повысить вовлеченность пациентов в организацию правильного ухода за полостью рта, что значительно улучшает их самочувствие, качество жизни и контроль над сахарным диабетом.

ОСОБЕННОСТИ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТОПАТИЕЙ

Ячменёва М.И., Михайлова А.В., Иванова С.Е., Чура О.В.

Резюме: в данной статье показано, какие особенности несёт в себе эстетическая реставрация фронтальной группы зубов у пациентов с заболеваниями пародонта.

Ключевые слова: пародонтит, пародонтопатия, эстетика, фронтальная группа зубов, реставрация.

Актуальность: в настоящее время тема восстановления эстетики фронтальной группы зубов очень важна, так как с каждым годом возрастает количество информированных пациентов о появлении новых материалов и технологий. Но наличие пародонтита у пациентов усложняет задачу врача – создать «голливудскую улыбку».

Острый пародонтит, как самостоятельная нозологическая форма, встречается крайне редко, он развивается вследствие острого механического или химического повреждения зубодесневого соединения. К острому пародонтиту относятся пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища и пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищем, которые, как правило, развиваются в результате механической травмы. Острый пародонтит характеризуется ограниченным воспалением и кровоточивостью десны; наличием пародонтального кармана и выделением из него экссудата; иногда наличием свищевого хода (при пародонтальном абсцессе десневого происхождения со свищем).

Хронический пародонтит, будучи проявлением соматической патологии (сахарный диабет, иммунодефицит, заболевания кровеносной системы и др.) всегда развивается на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта. Как правило, ему предшествует гингивит. Характеризуется наличием мягких и твердых на зубных отложений (над- и поддесневых); гиперемией, отеком и кровоточивостью десны; наличием пародонтальных карманов и выделением из них экссудата; патологической подвижностью зубов различной степени. Возможна рецессия или гипертрофия десневого края, деформация зубных рядов, появление трем, диастем и преждевременных контактов зубов (супра-контактов).

Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».

Степень тяжести пародонтита определяется в основном тремя ведущими симптомами – глубиной пародонтального кармана, степенью резорбции костной ткани и, как следствие, патологической подвижностью зубов. Эти признаки принимаются за основу при постановке диагноза и составлении плана лечения. Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, также используется классификация Миллера в модификации Флезара.

В зависимости от степени тяжести пародонтита, врачом принимается решение о возможности реставрации.

Цель: изучить возможность терапевтического лечения зубов в зависимости от степени тяжести пародонтитов, проследить необходимость взаимодействия врача-терапевта и пародонтолога при ведении пациента с пародонтопатией.

Материалы и методы: в ходе работы проведён анализ медицинской литературы и данных, полученных на стоматологическом приёме. По результатам собранного анамнеза и осмотра принимается решение о возможности дальнейшего восстановления фронтальной группы зубов на терапевтическом приёме. При этом учитываются общие соматические заболевания пациента, резистентность организма, условий труда и быта больного, состояния прикуса, уровень гигиены полости рта, наблюдение пародонтологом за пациентом и результаты данного наблюдения. Для окончательного принятия решения учитываются объективные данные: кровоточивость дёсен при зондировании, подвижность зубов, а также данные рентгенологического обследования. При необходимости пациент вновь направляется на осмотр к пародонтологу с обязательным его заключением о возможности предстоящих манипуляций, проводится профессиональная гигиена полости рта, возможно шинирование, устранение рецессии или предварительный курс лечения с благоприятным исходом. Перед шинированием пародонтолог может направить пациента на эндодонтическое лечение шинируемых зубов. После этого пародонтолог с терапевтом принимают окончательное решение. Не стоит забывать и то обстоятельство, что больной, как лицо заинтересованное, должен стать помощником врача. Для этого с пациентом проводится предварительное собеседование, так называемая мотивация лечения.

Результаты и выводы: при анализе полученных данных мы пришли к выводу, что успешное восстановление эстетики фронтальной группы зубов при пародонтопатии не может быть гарантировано пациенту без взаимодействия терапевта и пародонтолога. Пациент должен быть мотивирован на лечение, выполнять данные врачом рекомендации и продолжать лечение в домашних условиях. Очень важно при планировании лечения учитывать все данные, полученные от пациента о его состоянии здоровья. В случае тяжёлой пародонтопатии не стоит пренебрегать хирургическими вмешательствами для достижения положительного результата.

ASSESSMENT OF SEVERITY OF THE CURRENT OF THE COMPLICATED FORMS OF THE ACUTE ODONTOGENIC INFECTION

Karshiyev H.K., Muzykin M.I., Iordanishvili A.K.

City clinical hospital, Tashkent

Summary. The retrospective research of primary medical documentation of patients of specialized unit of a versatile hospital is conducted. In total 89 case histories of the patients who were on treatment with the odontogenic phlegmons of maxilla-facial area complicated by a sepsis were studied. From them 23 persons were with a severe form of odontogenic sepsis. During the research the possibility of use of integrated scales of assessment of gravity of a condition of APACHE II and SOFA for patients with a severe form of the acute odontogenic infection which is followed by development of a odontogenic sepsis was studied. During the research it was shown that the integrated scale of APACHE II more differentially approaches disease severity diagnostics, then a scale of organ disturbances – SOFA. Use of a scale of APACHE II in specialized maxilla-facial unit of a versatile hospital allows to diagnose in due time a sepsis, and in particular its severe forms as a complication of an acute odontogenic infection and differentially to estimate results of treatment.

Keywords: odontogenic pyoinflammatory diseases, maxilla-facial phlegmon, odontogenic infection, sodium hypochlorite, ultra-violet radiation of a blood, odontogenic sepsis, APACHE II, SOFA.

The retrospective research of primary medical documentation of patients of specialized unit of a versatile hospital is conducted. In total 89 case histories of the patients who were on treatment with the odontogenic phlegmons of maxilla-facial area complicated by a sepsis were studied. From them 23 persons were with a severe form of odontogenic sepsis. During the research the possibility of use of integrated scales of assessment of gravity of a condition of APACHE II and SOFA for patients with a severe form of the acute odontogenic infection which is followed by development of a odontogenic sepsis was studied. During the research it was shown that the integrated scale of APACHE II more differentially approaches disease severity diagnostics, then a scale of organ disturbances – SOFA. Use of a scale of APACHE II in specialized maxilla-facial unit of a versatile hospital allows to diagnose in due time a sepsis, and in particular its severe forms as a complication of an acute odontogenic infection and differentially to estimate results of treatment.

STUDYING OF MORPHOLOGICAL CHANGES OF SOFT TISSUES AT EXPERIMENTAL SUPERFICIAL PHELGMON

Karshiyev H.K., Muzykin M.I., Iordanishvili A.K.

City clinical hospital, Tashkent

Summary. Results of a preclinical trial on studying of influence of the standard complex therapy and complex therapy with use of a local irrigation of a wound sodium hypochlorite on the course of superficial experimental phlegmons are presented in article. During the research assessment of a morphological picture of a postoperative wound for 3, 7 and 10 days is made. At a combination of complex therapy to a local irrigation of a postoperative wound sodium hypochlorite solution pathomorphologic signs of an acute purulent inflammation became less expressed, with formation of a proliferative infiltrate in an interstition of a hypodermic musculation and faster retrogress of inflammatory process.

Keywords: pyoinflammatory diseases, perimaxillary phlegmon, superficial phlegmon, dontogenous infection, sodium hypochlorite, experimental phlegmon.

The problem of treatment of pyoinflammatory diseases belongs to number of leaders in maxillofacial surgery. The reason of development of a purulent infection and its generalization in a wound still remain completely obscure that in turn, indicates relevance of research of new methodical approaches to treatment and agents for local impact on pyoinflammatory processes, including a dontogenous parentage.

Essential disadvantage of many works on a problem of clinical use of various antiseptics is rather narrow circle of the studied indicators that doesn't allow to present distinctly features of complex reaction of soft tissues in zones with pyoinflammatory diseases.

The research objective consisted in studying of morphological changes of soft tissues at experimental superficial phlegmon.

Material and methods. The preclinical trial is conducted on 12 rabbits males of breed the Chinchilla weighing 2,5–3,0 kg, which contained in standard conditions of a vivarium, ate equally that met the standard rules and standards of the contents of experimental animals in Russia. Surgical actions were carried out in two steps under local and an intravenous anesthesia with keeping of the rules and requirements imposed to the equipment, tools, an asepsis and antiseptics according to current "Rules of performing works with use of experimental animals" (the order of the Ministry of Health No. 755 of August 12, 1977).

At the first stage of an experiment under a local anesthesia modeling of widespread perimaxillary phlegmon at laboratory animals by the standard technique was made. After increase of clinical signs of a disease, that is at the second stage under intravenous anesthesia carried out opening and drainage of perimaxillary phlegmon with performing the standard complex therapy.

Depending on the carried-out treatment of animals divided into 2 groups. the 1st control group was made by 6 animals receiving complex therapy. the 2nd experienced group – 6 animals, combined complex therapy with a wound irrigation solution of sodium hypochlorite (NaClO₂). Solution of sodium hypochlorite was received by means of the device "Espero-1" (Russia).

For a histological research which was conducted on for 3, 7, 10 days took fragments of tissues in the field of edges of the experimental wound formed after opening of phlegmon, in each observation investigated 4 fragments of tissues which surely contained the zones of actually purulent wound surrounding it sites of the intact skin, hypodermic fat and a muscle. On the bioproducts deleted the hair remains of an animal, and then fixed them in solution of neutral Formalinum within 48 hours. The subsequent conducting of macrodrugs was carried out by the standard technique and then filled in them in paraffin.

Results and discussion. Results of a morphological research of soft tissues at animals of control group in a zone of formation of phlegmon and adjacent to the fusion center for the 3rd days after performing complex therapy of superficial phlegmon showed that in a false skin, a derma and a hypodermic hypoderma the pathomorphologic changes characteristic of purulent inflammatory and destructive process remained. In a false skin taped hyperkeratosis signs, and also an edema of acanthocous of cells of a layer and an proliferation of basal cells. In own connective tissue plate and around appendages of a skin the edematous, destructive and inflammatory phenomena remained: vacuolation and leukocytic infiltration of intercellular substance. Fibrous structures were in a condition of disorganization in the form of homogenization, a mucoid and fibrinoid swelling. In deep layers of a derma of a skin the diffuse leukocytic infiltration, an edema and a destruction of structural elements of a connecting tissue was taped. For the 7th days of observation in a hypoderma hypodermic and masseters the plethora of vessels, an edema and a loosening an interstition, conservation of a diffuse intermuscular leukocytic infiltration with the centers of vacuolation and a necrosis of tissues became perceptible.

At the same time, the diffuse leukocytic infiltration extended both towards a connecting tissue of a derma, and towards a hypodermic musculation. Thus is defined that complex therapy rendered antiinflammatory effect only on superficial fabric structures in the field of an experimental wound at superficial phlegmon which consist for the 10th days of a research in decrease of activity of inflammatory and destructive changes in the soft tissues adjacent to the center of their fusion.

In deep layers of a derma of a skin, and also in a hypodermic musculation for the 10th days of experience the diffuse inflammatory phenomena remained.

Complex therapy in combination with processing of wounds of NaClO₂ at superficial phlegmons of head skin of animals (the main group of a research) showed that, in comparison with control, inflammatory and destructive changes in the tissues adjoining on an experimental wound from initial terms of a research were expressed to a lesser extent. At the same time for the 3rd days of an experiment, in blankets of a false skin the small focal hyperkeratosis, inspissation of inside layers and rising of activity of cells of a basal layer became perceptible. In a basal membrane and in own connective tissue plate of a skin degree of the edematous and destructive phenomena is slightly lower, than in control group. The inflammatory and destructive changes developing around skin appendages were also more reduced, than in control group, and the leukocytic infiltration in tissues wasn't defined. In deep layers of a derma for the 3rd days only the small edema and a loosening of fibrous structures without the expressed inflammatory infiltration became perceptible.

For the 7th days of an experiment of this group in tissues on the course of vessels and an interstition of a hypoderma a moderate proliferation of lympho-histiocytic cells was taped, what testified to efficiency of topical administration of solution of sodium hypochlorite, against the background of the standard complex therapy.

For the 10th day of an experiment in the main group signs of an acute purulent inflammation were less expressed, than in control group of animals, the changes characteristic of the third (proliferative) stage of inflammatory process with formation of a proliferative infiltrate in an interstition of a hypodermic musculation became perceptible.

Conclusion. The morphological research showed that the standard traditional complex local therapy of purulent diseases of soft tissues, at superficial phlegmon renders insufficient antiinflammatory efficiency and favorably influences only the soft structures located near an experimental wound that is demonstrated by decrease of activity of inflammatory and destructive changes in them. In deep layers of a derma and in a hypodermic musculation to the experience extremity signs of alterative and exudative phases of an inflammation still remain.

Use of complex local therapy in combination with processing of an experimental purulent wound solution of sodium hypochlorite led to noticeable depression in tissues of the inflammatory and destructive phenomem. When using sodium hypochlorite in a derma and in deep hypodermic tissues against the background of an insignificant diffuse infiltration leucocytes and histiocytic to cells, noted proliferative processes for 7–10 days that testifies to larger efficiency of the carried-out therapy.

RUSSIAN MATERIALS FOR REPARATIVE OSTEOGENESIS Khitiri D.G., Shengelia E.V., Muzykin M.I., Iordanishvili A.K.

*Medical center "Euromed", Tbilisi, Georgia,
Medical Social Institute, St. Petersburg*

Summary. The results of a preclinical research of the osteoreparative properties of Russian materials used in dentistry to bone tissue replacement defects are presented: "Biomatrix", "Osteomatrix" and "Collost".

Key words: bone tissue, reparative osteogenesis, dental diseases, Russian osteogenesis optimizers.

Introduction. Issues of jaw bone tissue regeneration, the development of issues of optimizing effects on reparative osteogenesis are actually for modern medicine and dentistry.

Material and research methods. In the course of the work, an experimental E.V. Shengeliya model was used for preclinical research of the osteoreparative properties of Russian materials, used in dentistry to replace bone tissue defects: "Biomatrix", "Osteomatrix" and "Collost".

The results of the research. The optimizing effects of these osteosubstituting materials on bone tissue regeneration were established, and differences in the tissue composition of the regenerate were identified when they were used for clarifying and supplementing the histological data on the formation period and specific volume of various types of tissue during reparative osteogenesis. They are different for these materials and depend of the osteo-substituting material used.

Conclusion. The conducted research showed the possibility of using modern domestic osteo-substituting materials "Biomatrix", "Osteomatrix" and "Kollost" in the surgical treatment of major dental diseases.

BIOCOMPLEX DENTAL PASTE AND RINSE FOR ORAL CAVITY “R.O.C.S. DOUBLE MINT” IN THE CONSERVATION OF ADULT DENTAL HEALTH Makhmud Al Jamal, Soldatova L.N., Zuikova M.A., Iordanishvili A.K.

Private Dental Practice, Dubai, United Arab Emirates,

Treatment and Preventive Dental Center “Alfa-Dent”, Medical and Social University, St. Petersburg

Summary. The state of oral hygiene and periodontal tissues in adults was evaluated using “Biocomplex” toothpaste and mouth rinse “R.O.C.S. double mint. It is noted that during the entire observation period they maintain a satisfactory or good level of oral hygiene and remission of the inflammatory periodontal pathology.

Key words: “Biocomplex” toothpaste, mouth rinse “R.O.C.S. double mint”, periodontal disease, oral hygiene, oral care products.

“Biocomplex” نانسال انو جوم مادمختساب نيوغلابلا يدل قشلالا ةجسنأو مفلأ قفاظن قلاح مميقت مت زج. م يوتسرم ىلع قظفاحت امنإف ، املمكأب قبقراملأ قرتشف لالآخ منأ ىلأ راشي . جودزملأ عنغللأ “R.O.C.S.” مفلأ فطشو قشلالا تابامتلأ ضرارم ن فني فختلأ مفلأ قفاظن نم ديج وأ ضررم قشلالا ضررم ، جودزملأ عنغللأ “R.O.C.S.” مفلأ فطشو ، “Biocomplex” نانسأ نوج عم : فيح اتفملا تاملكلأ مفلأ قفانعل اتاجتنم ، مفلأ قفاظن ، نانسال ةحص ىلع ظافحلأ نم قفلتخ مبنو اجل مامتةالآ نم ريشكلا ءالي املأ ، بطلا يف ، ايلاح : مدمقم . ةيوميقتا قفاظنلأ مده يف ماه رصنع نع شحتي نيح يف نانسال انو جوم مادمختساب دنع نيوغلابلا يدل قشلالا ةجسنأو مفلأ قفاظن قلاح مميقت وه قساردلأ نم ضرغلأ جودزملأ عنغللأ “R.O.C.S.” مفلأ لوسغو “Biocomplex” نيذلأ نيوغلابلا 33 يف ، ماع رادم ىلع قشلالا ةجسنأو مفلأ قفاظن قلاح قساردت متت : شحبلا ةيوجنم تاديتبببلا عم مفلأ فيوجتل ةيحص قشلالا قفاظنلأ يئاقولأ و جلاللأ Biocomplex نانسال انو جوم مادمختساب تاتيريبيك ، رولفلا ، لوخللأ نم يلالأ ، جودزملأ عنغللأ “R.O.C.S.” مفلأ فطشو ، لوتيليسكإ % 6 و ةيتابنلأ ، تارمطمو ليرول (ايسور ، وكسوم قطنم) ، “EUROKOSMED-Stupino” LLC “جاستنأ” ةيدر فلأ ةيوانغلأ يف مدمختسملأ اقباس قروكذملأ ةيئاقولأ و ةيجاللأ لموغلأ تمهاس دقؤل : قساردلأ جئاستنأ بامتلأ يهو ، ةيوشلالا ةجسنالآ نم فنمزلأ ضرارملا ىلع ظافحلأ و تابامتلأل ةخي ريسلأ تناغللأ يف نانسالآب و مفلأ دقف ، يضررملل ةيكي يم نيدلأ قظلالا تحت . قبقراملأ قرتشف لواط مقافت نود ، قلدتعمو قفي فسخ قشلالا دوجو مدم اضريأ قساردلأ قرتشف لواط يضررملأ ظحال . مفلأ قفاظن نم قديج و ةيضررم تايوتسرم ىلع قظفاحت امنأ تبتت . ةيوشلالا ةجسنالآ ةجسنالآ تابامتلأ ضرارمأ يجاللأ نانسأ نوج عم : يضررملأ لبق نم مدمختسملأ نانسالل ةيحص قشلالا قفاظنلأ اتاجتنم “Biocomplex” . يئاقو قظحل دنم يوميقتا مادمختسالأ عم امنيطل “جودزملأ عنغللأ” ناك “R.O.C.S.” مفلأ فطشل جتنملا كل ذلكو اهمادختسا .

xytilol و ةيتابنلأ تاديتبببلا عم يئاقولأ و يجاللأ “Biocomplex” نانسال انو جوم : جاستنلأ xylitol (“ تارمطمو ليرول تاتيريبيك ، ديرولف ، لوكل نوبد” جودزملأ عنغللأ “R.O.C.S.” مفلأ لوسغو ىلأ قفاضلالأ ، قفاظن نم ديج و يضررم يوتسرم ىلع ظافحلأ ىلع دعاسي ، (ايسور ، وكسوم قطنم ،) EUROKOSMED-Stupino LLC ةيدر فلأ مفلأ قفاظنلأ مدمختسالأ عم نيوغلابلا دنع قشلالا ضرارمأ في فختو مفلأ .

EXPERIENCE OF APPLICATION OF DENTAL PASTE R.O.C.S. JUNIOR IN CHILDREN'S DENTISTRY

Makhmud Al Jamal, Soldatova L.N., Soldatov V.S., Idris A.Y., Iordanishvili A.K.

Private Dental Practice, Dubai, United Arab Emirates,

Treatment and Preventive Dental Center “Alfa-Dent”, Medical and Social University, St. Petersburg

Summary. Presents data on the use of toothpaste R.O.C.S. Junior Berry Mix, R.O.C.S. Junior “Fruit Rainbow” and R.O.C.S. Junior “Chocolate and caramel” in children aged 6 to 12 years and conducted a comparative assessment of the health status of organs and tissues of the oral cavity.

Key words: R.O.C.S. Junior Berry Mix, R.O.C.S. Junior “Fruit Rainbow”, R.O.C.S. Junior “Chocolate and caramel”, children, dental morbidity, dental health of children, dental caries, oral hygiene.

”حزق سوق هكفاف“ روي نوج R.O.C.S. Junior Berry Mix، R.O.C.S. Junior Berry Mix، R.O.C.S. Junior Berry Mix نوج عم مادختسا نع تانايب مدقي. ز. جوم ميقيت يدجأو قنس 12 ىلا 6 نيب مدمراع حوارتت نيذلا لافطال ياف ”ليدماركل او متالوكوشل“ روي نوج R.O.C.S. مفلأ فيويجت نم ءجس نال او اعاض لال فيحصل لافطال نراقم

روي نوج R.O.C.S. Junior Berry Mix، R.O.C.S. Junior ”Fruit Rainbow“، R.O.C.S. Junior: فيحتامفلأ تامل لافطال مفلأ قفاظن ، نان سالا سوسرت ، لافطال لانسالا ءحص ، نان سالا فصارمو ، ”ليدماركل او متالوكوشل“ فيئاقولا زيكرتلأ ىلا لافطال عم نيلماعل لانسالا ءباطال صيخش متالو جال علا في فيسي يزلأ زيكرتلأ متي فيومفلأ فيويجتتل فيدرفلأ قفاظنلأ في امامه ارود بعلت اسفن لىسولنا نا اديج فسور عملأ نمف ، كلذ عمو .مهتطش نال لافطال كلذ في امامه ،

مادختساب فيومفلأ فيويجتتل لافطال ريديقت مت ، رهشأ 6 قندمل قنس 12 ىلا 6 نم لافطال قنقارم ساسأ ىلع ، لم عملأ في دعب نانسالا مهتحص نيسحتو ، مفسفن ءاقلقت نم لافطال مراتخا يذلا ، روي نوج R.O.C.S. نم عاونأ قنقالت نم دحاو فيويجت فيا عمل تاميل عت لافطال عمي مج تنيطعأ . myofunctional قزهجال او ساوقالآ ءادنترا دن كلذ في امامه ، رهشأ قنقس ني جاعم مادختسا نا نيبت .ص حفلأ قذاعل اضر عملأ اج ، رهش لك .مهيدل دنوج وملا قفاظنلأ تاجت نم مادختساب مفلأ و R.O.C.S. Junior Berry Mix لافطال مراتخا يذلا لانسالا نوج عم نع رظنلأ اضغب ، روي نوج R.O.C.S. نانسالا نم فيحصل لافطال ريبيك لكشيب نيسحتي R.O.C.S. Junior Chocolate and Caramel و R.O.C.S. Junior Fruit Rainbow قنس 6-12 نيب مدمراع حوارتت نيذلا لافطال ىدل مفلأ فيويجت

فيوصشلال قفاظنلأ تاجت نم رايختا ومفلأ ءحص دعاقو ىلع طوقف تاممال او ءابالآ ءيبت فيفكي ال ، نانسالا ميوقتتل نوكمي امام .تاجال علا مده لثم رايختا في لافطال تال فيضفت رابت عملأ في ذخات نا فيغبني اضيأ نكلو ، لافطال مفلأ فيويجتتل فيحصل لافطال لانسالا نيسحت في مفسيو امامدختسا في فيفاضلأ مه قنقاد ىلع فيباجي رايختات هل

DYNAMICS OF SPECIFIC AND NONSPECIFIC FACTORS OF RESISTANCE IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE WITH PURULENT-INFLAMMATORY DISEASE OF THE ORAL AND MAXILLOFACIAL REGION WITH ACCOMPANYING DIABETES AND INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS

Maday D.Y., Udaltsova N.A., Maday O.D.

Dental Clinic №29, St. Petersburg State University, St. Petersburg

Dynamics of specific and nonspecific factors of resistance in patients of elderly and senile age with purulent-inflammatory disease of the oral and maxillofacial region with accompanying diabetes and insulin-dependent diabetes mellitus.

The aim of this article is to analyse the effectiveness of the character of the wound in Method Partly Inverse Functions.

A survival curve is to be understood as a sampling representation of the elimination dynamics of an object under consideration. The known parametric models take into account either exponential or logistic character of the function decrease.

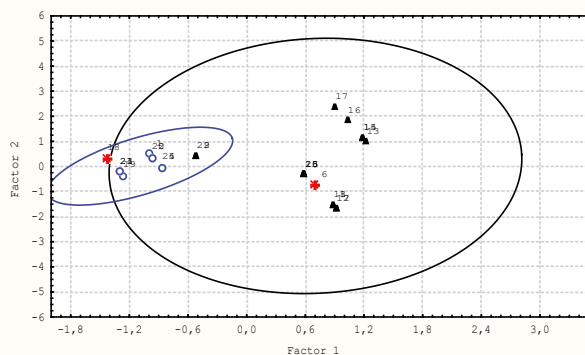
For the analysis of a more wide class of diseases (including chronic ones with the more definite stages of the process) the model can be defined on a longer time interval, the different stresses in its reasoning and data analysis techniques being required. In this a case a sanogenesis curve (1) was considered as a real part of a covariance function of a complex Markov normal stationary (CMNS) process. The two first factors dynamics data were taken as the realization of such process, the factors being obtained as result of factor analysis of a set of symptoms commonly used in clinics.

The basic data of such analysis were the registered meanings of 11 general signs characterizing the postaggtghe couersive adaptational reactions (PAR) condition 122 patients. Three dynamic sings were observed: healing time, time of out-patient and hospital treatment.

With the help of correlation and factor analyse cooperative relationship of the factors: the 1st factor denotes the character of course of PAR; complex factors 2,3 and etc. denote resusitative and defense processes in tissues during inflammation process.

Individual meanings of the 2 primary factors (mostly the one first) are clearly suggested the division of the patients into groups according to the type of the course of a disease: either favorable or unfavorable (pic).

Thus, the analyzed dynamic model gives an opportunity to prognose the course of the disease. The distinguishing feature of the above mentioned proportional hazard method is in its consecutive continuation of statistical data analysis: analysis of missing data – factor analysis – individual prognosis.



Pic. The result of the assessment of the severity of PAR in 2 groups of patients, obtained by the program "Clinical prognosis"

FLUORIDE IN BULGARIAN GROUNDWATER AND MORBIDITY OF DENTAL FLUOROSIS

Pikhur O.L., Benderev A.D.

*St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, St. Petersburg,
Geological Institute of the Bulgarian Academy of Sciences, Sofia, Bulgaria*

Most of the population in Europe and the United States is using drinking water with low fluoride content, at the same time in a number of areas there are scattered foci of endemic fluorosis. The prevalence of dental fluorosis them among the population varies widely (15–100 %), and depends mainly on the concentration of fluoride in the drinking water.

The main purpose of this study is to provide a generalized regional characteristics of Bulgaria on the content of fluorine in groundwater used as drinking water, aiming to promote the preservation of public health.

The analysis of the data of fluorine present in potable and mineral waters Bulgaria showed that most of the potable underground water (98 %) complies with regulations (Directive of 16.03.2001 №9 of the quality of water intended for drinking and domestic purposes Bulgaria), according to which the amount of fluoride in water should not exceed 1.5 mg/l. The content of fluoride in fresh ground water of Bulgaria is mainly below 1 mg/l, regardless of whether they are formed in rocks with different age, origin, chemical and mineralogical composition. Only 2 % of the total area of Bulgaria has groundwater with a fluoride content higher than 1 mg/l. There are less than 20 inhabited places in Southern Bulgaria where fluoride concentration in groundwater is above permissible. The maximum concentrations of fluoride are registered in vicinity of the town of Kazanlak – 23–24 mg/l. Origin of fluoride of this area is due to the high possibility of fluorine-leaching at high temperatures and pH from various fluoride minerals.

The results of epidemiological studies indicate a high prevalence of teeth caries of people permanently residing in regions with a deficiency of fluoride in drinking water. Increased fluorine content in drinking water causes an increase in the morbidity of population of teeth fluorosis. In most regions of Bulgaria, fluorosis is observed in all age groups. In children 5–6 years old, the greatest prevalence of fluorosis is observed in the Burgas region (11.67 %), among 12 and 18 year olds – in Haskovo region (43.33 and 22.55 %, respectively).

A significant problem is the high content of fluorine (from 1.5 to 5 g/l) in bottled mineral waters of some well-known Bulgarian brands. More than 10 popular mineral water brands ("Hisar", "Devin" and others) were offered in retail chains. Gradually, manufacturers replace them with table mineral and spring waters that meet hygienic requirements.

Thus, at present, the main problems are free access to mineral water with a high fluorine content and its increased consumption by the population, which causes an overdose of fluorine, as well as a lack of awareness of the population about the effects of fluoride and fluoroprophylaxis.

TEETH CARIES AND FLUORINE IN DRINKING WATER IN DIFFERENT REGIONS OF RUSSIA

Pikhur O.L., Tishkov D.S., Soldatova L.N., Iordanishvili A.K.

*Kursk State Medical University, Kursk,
Institute of Bioregulation and Gerontology,
North-West Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg*

According to the World Health Organization (WHO), teeth caries is related to global health problems. In Russia, the disease ranks first among other topical problems of modern dentistry (Kuzmina E.M., 2011; Alyamovskiy V.V. et al, 2014.). Various level of teeth caries population of different regions led to the conclusion about the existence of depending on the origin and development of teeth caries by environmental factors. The main natural source of fluorine in the human organism is drinking water. The maximum absorption of fluorine occur during growth and development, when the hard tissues of the tooth still forming.

The aim of the study was to examine the prevalence and intensity of teeth caries flow, the level of individual oral hygiene in children of different regions Russia and determine the features microcrystallisation saliva on the degree of activity and intensity of caries process, depending on the fluorine content in drinking water.

A clinical dental examination of the 971 child (435 boys and 536 girls) aged 6–7 years, constantly living in the cities of Moscow, Saint-Petersburg and Kursk. It was found that children living in these megacities there is a high prevalence of teeth caries, which is 95,1–97,5%. The intensity of the flow of teeth caries by the index "CFE+ kf" (its the component to "C" – carious, "F" – filling, "E" – extracted constant tooth, and "C" – carious, "F" – filling temporary tooth) was for residents Moscow – $5,51 \pm 0,25$, St. Petersburg – $6,29 \pm 0,13$ and Kursk – $5,32 \pm 0,15$. Sex differences in the intensity of the caries process flow were observed in children these cities. Established correlation intensity flow caries in children by type of saliva microcrystallisation. With intensive flow teeth caries of the third degree of activity of caries process (decompensated form) in children are more common pattern of saliva microcrystallisation at II B and II B type for Puzikova O.J. (1999) Reduced level of individual oral hygiene, identified among children with decompensated flow carious process, due mainly to low awareness of parents on individual oral hygiene and prevention of teeth caries in children of this age.

The fluorine content in the drinking water residents of cities investigated regions is different, but in terms of the prevention of teeth caries is low enough values: Moscow – 0,16–0,22, Saint-Petersburg – 0,02–0,04, Kursk – 0,32– 0,41 mg/l.

Thus, the problem of the shortfall intake in the organism of this element for the Russian population, living in areas with low fluorine content in the environment for the prevention of teeth caries, remains actual. The deficiency of fluorine in the drinking water is one of the main factors determining the high prevalence and intensity of teeth caries in children aged 6–7 years, living in different regions of Russia.

CHARACTERISTICS OF USING THE METHODS OF BONE PLASTIC IN PRACTICAL DENTISTRY

Shengelia E.V., Khitiri D.G., Poplavsky D.V., Muzykin M.I., Iordanishvili A.K.

*Medical center "Euromed", Tbilisi, Georgia,
Medical Social Institute, St. Petersburg*

Summary. Based on the analysis of the primary medical documents of various outpatient dental institutions, the frequency of using the methods of bone grafting of the jaws for the rehabilitation of adults has been studied. The conclusion is made about the insufficient using of the methods of bone grafting of the jaws in outpatient dental practice.

Key words: bone grafting, dental rehabilitation, dental implantation, preservation of the hole, odontogenic infection, type 2 diabetes.

Relevance. In modern dental practice, surgical methods are often used to eliminate the periapical and periodontal foci of odontogenic infection, cysts of the jaws, dystopia and third molar retention, as well as the treatment of partial and complete loss of teeth using dental implantation. Performing these surgical interventions in most cases, it is associated with a significant jaw bone injury, as well as the formation of a defect in them, the speedy healing of which is an integral task of art. dental treatment, which depends speedy recovery and rehabilitation of patients.

Material and methods. Based on the analysis of 150,816 primary medical documents of various outpatient dental institutions, the frequency of using the methods of bone grafting of the jaws for the rehabilitation of adults, including those with type 2 diabetes, was studied.

The results of the study. It has been established that for the purpose of dental rehabilitation of the adults with dental prostheses based on dental implants, bone grafting methods are used for replace defects or increase the volume of bone tissue in the alveolar process (parts) of the jaws, among other surgical interventions, in private dental clinics – 7,9% of cases.

Among the methods of vertical bone grafting among the adults, methods of closed (11–42%) and open sinus lifting (44–63%) are used, and bone grafting of jaws using bone blocks (14–26%); Among the methods of horizontal bone grafting of the jaws, the methods of splitting the thin alveolar ridge of the jaw (8–12%), the using of bone blocks (10–21%), and also the techniques of plasticity of 1-wall 2 and 3-wall defects of the jaw (67–82%). 3D methods of bone grafting are widely used, both with the use of membranes with shape memory (12–33%), and without them (67–88%). Protection of the hole after tooth extraction is used with both membranes (4–9%) and without them (91–96%).

Conclusion is made, that using of methods of bone grafting of the jaws is insufficient in outpatient dental practice, especially in people with type 2 diabetes.

ORGANIZATION OF DISPENSARY OBSERVATION FOR ADULT PATIENTS OF THE DENTAL PROFILE IN THE DISTRICT HOSPITAL

Zaborovsky K.A., Slama M.

*Institute of Experimental Medicine, St. Petersburg,
Hospital Vaasa, Republic of Finland*

Summary. The issues of dispensary observation of adult patients of the dental profile with concomitant comorbid pathology are considered.

Key words: dental pathology, diabetes mellitus, dispensary observation, prevention, comorbid pathology.

Clinical observation, as a measure of prevention of the progression of chronic dental diseases, has been used in the Russian medical practice and outside for quite a long time. Currently, the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 21, 2012 N 1344n approved the procedure for conducting dispensary. Clinical observation is a dynamic observation, including a necessary examination, of the health status of persons suffering from chronic diseases, functional disorders, other conditions, in order to timely detect, prevent complications, exacerbations of diseases, other pathological conditions, their prevention and medical rehabilitation of these individuals.

Dispensary observation is carried out by dentists of the dental department of the district hospital on the profile of diseases.

Clinical examination of dental patients consists of 5 main elements: selection, monitoring, rehabilitation, planning, management of clinical examination.

For the analysis of the effectiveness of dyspanser observation and registration of persons who need it, it is proposed to divide them into 4 groups: practically healthy; with a compensated form of caries, with risk factors for diseases of hard weaving of teeth, periodontal disease and dental anomalies; with subcompensated form of caries; with a decompensated form of caries, as well as a person with a subcompensated form of this disease and an aggravated history, a pathology of marginal periodontal disease, an acute course of the carious process. Persons of the first group of dispensary registration are subject to observation once a year; the second – 2–3 times a year; the third – 3–4 times; fourth – monthly or 6 times a year. The following functions are assigned to the dentist of the dental department of the district hospital: patient selection and registration at the clinic in accordance with the list of nosological forms; conducting preventive, diagnostic, therapeutic measures; dynamic observation of patients; referral for consultative admission of patients to other specialists or hospitalization in accordance with the approved Procedure for referral of patients for the provision of specialized consultative and specialized medical and diagnostic assistance; display in the medical record of the form 043 / at the history of the disease, complaints, data of an objective examination, diagnosis, treatment carried out, recommendations and the date of subsequent attendance (in case of withdrawal from the dispensary registration - the corresponding entry); the appointment and discharge of drugs for medical use, taking into account the instructions for use of drugs, the patient's age, patient's gender, the severity of the disease, the presence of complications of the underlying disease (condition) and associated diseases; entering data on clinical supervision in the outpatient ticket; provision of information to the nurse:

about the date and time for the appointment of the patient to re-attendance, about changing the diagnosis, about removal from the dispensary registration; monitoring the work of a nurse on the follow-up of dental patients.

The following functions are assigned to the nurse of the dentist's office: tracking and calling the patients standing at the dispensary observation for the second visit; filling out the control card dispensary observation form 030/y; filling in the register of patients undergoing follow-up; maintaining a card file of control cards of dispensary observation of a form 030/y. With such an organization and segregation of duties, the implementation of regulatory acts of the Ministry of Health of the Russian Federation is carried out in full and meets the requirements for improving the dental health of the urban and rural population.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Benderev A.D.	52	Кудрявцева Т.В.	35
Idris A.Y.	50	Кулик И.В.	25-26, 41
Iordanishvili A.K.	47-50, 53	Леонова Е.В.	41
Karshiyev H.K.	47-48	Лесоцкая Е.А.	26, 41
Khitiri D.G.	49, 53	Либих Д.А.	22
Maday D.Y.	51	Лобода Е.С.	35
Maday O.D.	51	Лосев Ф.Ф.	32
Makhmud Al Jamal	50	Лысков Н.В.	37
Muzykin M.I.	47-49, 53	Мадай Д.Ю.	28
Pikhur O.L.	52-53	Мадай О.Д.	28-29, 43
Poplavsky D.V.	53	Малина (Шипицына) М.С.	29-30
Shengelia E.V.	49, 53	Малышев М.Е.	31
Slama M.	54	Михайлова А.В.	39, 46
Soldatova L.N.	50, 53	Михайлов В.Д.	10-11
Soldatov V.S.	50	Мищук Д.Ю.	34
Tishkov D.S.	53	Мороз П.В.	32
Udaltsova N.A.	51	Музыкаин М.И.	32-34
Zaborovsky K.A.	54	Николаева М.В.	39
Zuikova M.A.	50	Орехова Л.Ю.	35
Акулин И.М.	7-8	Пихур О.Л.	14
Антонова Е.Н.	7-8, 19	Посохова Э.В.	35
Бабич В.В.	9	Присяжнюк О.В.	19
Бадалов В.И.	29	Робустова Т.Г.	24, 37
Берия В.С.	10-11	Рыжова Д.В.	38
Бобунов Д.Н.	10-11	Савушкина Н.А.	40
Бородулин И.В.	13	Саханов А.А.	26, 41
Веревкин И.В.	13	Содержание	15, 31
Волкова Т.В.	14	Старковский К.И.	39
Воскресенский В.В.	33	Стахович П.В.	8
Гайворонский И.В.	29	Тачалов В.В.	35
Гордеев М.И.	14	Ткаченко Т.Б.	40
Гук В.А.	32	Толкачева С.В.	39
Гусейнов Р.З.	15, 31	Тытюк С.Ю.	29-30
Демидова М.О.	10-11	Удальцова Н.А.	7-8, 28, 41, 43
Дзыгарь А.А.	34	Фадеев Р.А.	38
Дягилев А.И.	16	Ханов И.А.	19, 43
Евсеева И.К.	26	Хромова Е.А.	25, 41
Забезинская И.З.	19	Цейтлин О.Я.	45
Заборовский К.А.	20	Цыган В.Н.	32
Иванова С.Е.	46	Черных А.А.	25
Иванов В.В.	21	Чура О.В.	46
Иорданишвили А.К.	15, 22-24, 29-32, 34, 37, 41	Шапурко О.Н.	10-11
Калугина В.П.	10-11	Шеенко Л.И.	33
Каминская Л.В.	39	Шишелова В.С.	10-11
Карпова Л.С.	40	Шумченко М.А.	44
Коровин Н.В.	37	Щегельская Т.Ю.	45
Котюрова О.Л.	40	Эберхард Д.	20
		Ячменёва М.И.	46

Тезисы издаются в редакции авторов и не исправляются. За достоверность данных и научное содержание работы несет ответственность автор и его научный руководитель. Предоставление тезисов в оргкомитет означает, что авторы работы дают разрешение на публикацию тезисов и берут на себя ответственность за то, что содержание тезисов не нарушает авторских прав третьих лиц и не подпадает под действующие законодательные ограничения на распространение информации. Обязанность оформления других необходимых разрешительных документов лежит на авторах работы.