

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ I НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**«Актуальные вопросы диагностики,
лечения и диспансеризации пациентов с
заболеваниями тканей пародонта,
страдающих сахарным диабетом»**

27 апреля 2017 года



г. Санкт-Петербург

УДК 616.31-022
ББК 56.6
М80

М80 **Актуальные вопросы диагностики, лечения и диспансеризации пациентов с заболеваниями тканей пародонта, страдающих сахарным диабетом** Под.ред. *Н.А.Удальцовой, М.А. Окунева* Сборник материалов конференции. – СПб.: Санкт-Петербург, 2017. - 68 с.
ISBN 978-5-600-01744-3

Ответственный секретарь и составитель: Л.А.Сопрун

В сборнике представлены статьи по вопросам организации медицинской стоматологической помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом; современные аспекты эпидемиологии, этиологии, клиники, терапии и профилактики сахарного диабета; заболеваний пародонта в детском возрасте, качества оказания медицинской помощи на стоматологическом приеме, а также отдельные вопросы, посвященные проблемам подготовки врачей - стоматологов – пародонтологов.

Сборник предназначен для организаторов здравоохранения, врачей – стоматологов различных специальностей, врачей – гигиенистов, врачей эндокринологов и других специалистов, принимающих участие в лечении пациентов, страдающих сахарным диабетом.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
РОЛЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Антонова Е.Н.....	7
ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕСТНОДЕЙСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ	
Волкова Т.В., Удальцова Н.А., Котюрова О.Л., Присяжнюк О.В.....	9
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Гордеев М.И.....	11
ПОКАЗАТЕЛИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	
Григорьев В.А., Башлыкова В.П.....	13
О ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЛИЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	
Гусейнов Р.З., Иорданишвили А.К.....	16
ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	
Дягилев А. И.....	18
ПАРОДОНТИТ КАК НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА. ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ	
Егорова Н.Е.....	20
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ	
Иорданишвили А.К.....	23
ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ	
Иорданишвили А.К., Окунев М.А., Удальцова Н.А., Зайцев В.В.....	25
ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ	
Иорданишвили А.К., Хромова Е.А., Удальцова Н.А., Кулик И.В., Волкова Т.В., Присяжнюк О.В.....	27
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ УСПЕХА РЕСТАВРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫЙ ГРУППЫ ЗУБОВ С РАНЕЕ ДИАГНОСЦИРОВАННЫМ КАРИЕСОМ	
Климова Е. А.....	29
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	
Ковалевский А.М., Черныш В.Ф., Неженская В.С.....	31
ВИТАМИННЫЙ КОМПЛЕКС МИЛЬГАММА И ОБОСНОВАНИЕ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРЕСТЕЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА	
Кулик И.В.....	34
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКЕЙЛИНГА НАПРАВЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ (ВЕКТОР-ТЕРАПИЯ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	
Кулик И.В., Хромова Е.А., Евсеева И.К., Саханов А.А., Ильина Л.П.....	36
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ	

ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ДЕСКВАМАТИВНЫМ ГИНГИВИТОМ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Кулик И.В., Хромова Е.А., Евсеева И.К., Саханов А.А., Ильина Л.П.....	38
БИОМЕТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТАГРЕССИВНЫХ АДАПТАЦОННЫХ РЕАКЦИЙ (ПАР) У БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	
Мадай Д.Ю., Удальцова Н.А., Окунев М.А., Мадай О.Д., Сидоров П.С.....	40
ЭНДОДОНТОПАРОДОНТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ – КОМОРБИДНОСТЬ – ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ	
Мороз П.В., Гук В.А., Иорданишвили А.К.....	42
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА.	
Никитин В.С., Антонова И. Н., Бабенко А. Ю.....	44
КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА.	
Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Александрова А.А., Посохова Э.В., Машкина И.В...	45
ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И РЕСТАВРАЦИЙ ПРИШЕЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	
Пихур О.Л., Михайлова Е.С.....	47
ПРОФИЛАКТИКА АЛЬВЕОЛИТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	
Пономарев А.А., Коровин Н.В., Лысков Н.В.....	49
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Солдатова Л.Н., Жмудь М.В., Жмудь О.Н., Переверзев В.С., Солдатов В.С., Иорданишвили А.К.....	51
ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМЕРНЫХ ОТХОДОВ В СОСТАВЕ ОТХОДОВ КЛАССА Б ОТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
Сопрун Л.А., Мироненко О.В.....	54
РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПУЛЬПИТА У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Старковский К.И., Михайлова А.В., Толкачева С.В., Николаева М.В., Каминская Л. В.....	56
КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	
Тытюк С.Ю., Шипицына М.С.....	58
СПОСОБ И УСТРОЙСТВО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ЗУБОВ ПОД РАЗНЫЕ ВИДЫ КОРОНОК	
Фадеев Р.А., Рыжова Д.В.....	60
БЕЗУПРЕЧНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	
Черныш В.Ф., Султанов М.М., Удальцова Н.А.....	62
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	
Хромова Е.А., Кулик И.В., Саханов А.А., Евсеева И.К., Ильина Л.П.....	64

Уважаемые коллеги!

Предлагаем Вашему вниманию сборник работ участников первой научно-практической Конференции по Актуальным вопросам диагностики, лечения и диспансеризации пациентов с заболеваниями тканей пародонта, страдающих сахарным диабетом. В I Конференции участвуют не только ученые и практики Санкт-Петербурга, но и специалисты других регионов РФ.

Впервые данное мероприятие было проведено 27 апреля 2017 года организатором является СПб ГБУЗ «Стоматологической поликлинике №29», при поддержке и непосредственном участии научно-преподавательского состава СПб ГУ Факультета стоматологии и медицинских технологий; СЗГМУ им. И.И.Мечникова Стоматологического факультета; ФГБ ВОУ ВО ВМА им. С.М. Кирова, Кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Российской Ассоциации Пародонтологов.

Вопросы, затронутые на Конференции, являются чрезвычайно актуальными в связи с накопившимися нерешенными проблемами отечественного здравоохранения в области смежных специальностей, таких как стоматология и эндокринология. Необходимо найти точки соприкосновения в решении совместных задач, возникающих при лечении такого распространенного заболевания среди всех слоев населения, как Сахарный диабет.

На I Конференции были обсуждены следующие важные темы:

1. Актуальные вопросы организации медицинской стоматологической помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом.
2. Современные аспекты сахарного диабета
3. Заболевания пародонта в детском возрасте
4. Качество оказания медицинской помощи.
5. Современные проблемы подготовки врачей - стоматологов–пародонтологов

Оргкомитет I научно-практической конференции под общим названием: «Актуальные вопросы диагностики, лечения и диспансеризации пациентов с заболеваниями тканей пародонта, страдающих сахарным диабетом» надеется, что данная Конференция и труды, опубликованные в сборнике, вызовут живой интерес у специалистов, интересующихся проблемами сахарного диабета, лечения тканей пародонта. Надеемся, что проблема, обсуждаемая на конференции, вызовет живой интерес у специалистов, принимающих участие в лечении пациентов с сахарным

диабетом. В связи с актуальностью темы предлагается проведение конференции ежегодно.

Все пожелания, обсуждения статей, дискуссионные вопросы можно публиковать на сайте СПб ГБУЗ «Стоматологической поликлинике №29» (pstom29@zdrav.spb.ru <http://sp29spb.ru/>).

Председатель оргкомитета I Научно-практической конференции 27 апреля 2017 года

«Актуальные вопросы диагностики, лечения и диспансеризации пациентов с заболеваниями тканей пародонта, страдающих сахарным диабетом»

Главный врач СПб ГБУЗ «СП №29» к.м.н.: Окунев М.А.

РОЛЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Антонова Е.Н.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: фотодинамическая терапия, пародонтит

THE ROLE OF PHOTODYNAMIC THERAPY IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES

Antonova E. N.

SPb GBUZ "Dental clinic №29"

Saint-Petersburg, Russian Federation

Key words: photodynamic therapy, periodontitis

Актуальность. Метод фотодинамической терапии востребован во многих областях медицины и в том числе, стоматологии. Механизм фотодинамической терапии на сегодняшний день достаточно хорошо изучен. Введение экзогенных хромофоров (фотосенсибилизаторов) с последующей их активацией световым излучением запускает сложные биохимические процессы. Мишенью для их воздействия могут служить различные соединения: липиды, нуклеиновые кислоты, ферменты. При попадании излучения со специфической длиной волны на молекулы фотосенсибилизатора происходят процессы передачи энергии. Путь процесса определяется молекулярной структурой вещества, а также окружающей средой. В основном реакции происходят с клеточной мембраной, оказывая влияние на липидный (перекисное окисление липидов) и белковый слои. [1]

Применение различных групп фотосенсибилизаторов позволяет локализовано и избирательно воздействовать на определенные микроорганизмы и их структуры. Место реакции зависит от преимущественного накопления препарата в тех или иных микроорганизмах и чувствительности эндогенных клеточных молекул к излучению с определенной длиной волны. [1]

В пародонтологии применение фотодинамической терапии обусловлено, в первую очередь, необходимостью воздействия на различные микроорганизмы, являющиеся причиной или способствующие развитию различных воспалительных заболеваний. [1] Фотодинамическое воздействие оказывает физиотерапевтический эффект в виде лазерного излучения, реализуемого посредством мягкого локализованного повышения температуры в окружающих тканях.

Цель проводимой работы заключается в исследовании эффективности фотодинамической терапии в лечении воспалительных заболеваний пародонта

Материалы и методы: для достижения поставленной цели в пародонтологическом отделении СПб ГБУЗ «СП №29» было обследовано 305 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет (средний возраст $41,9 \pm 1,5$ года).

Наряду с традиционными терапевтическими и хирургическими методами лечения воспалительных заболеваний пародонта, дополнительно по показаниям проводилась фотодинамическая терапия.

Результаты исследования. После проведенной фотодинамической терапии у 73% больных выявлена положительная динамика течения острых и хронических заболеваний пародонта, а в 27% случаев терапия не показала существенных изменений в течении заболевания, что было обусловлено недостаточной гигиеной полости рта пациентов, невыполнением рекомендаций врача - стоматолога-пародонтолога, а так же отказом пациентов от предложенного врачом дальнейшего хирургического лечения.

Большинство пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в течение длительного времени наблюдались и лечились у разных специалистов. Однако, разрозненные методы лечения не приносили облегчения, а улучшение состояния здоровья наступало только тогда, когда пациентам проводилась комплексная терапия по разработанному алгоритму лечения пародонтитов в отделении пародонтологии СП №29.

По показаниям, в зависимости от клинического течения заболеваний пародонта проводили комплексную терапию, в которую была включена фотодинамическая терапия.

После завершения лечения провели обследование больных, проследив динамику заболевания. Было определено, что у 163 пациента ($53,3\% \pm 0,5$) эффект от проведенной фотодинамической терапии был эффективен и без хирургических пародонтологических вмешательств (при начальной стадии развития пародонтита). Так у 115 ($70,8\% \pm 0,5$) из них указали на полное отсутствие жалоб, 34 ($20,8\% \pm 0,5$) на заметное улучшение и у 14 ($8,3\% \pm 0,5$) эффект был частичным. Комплексное лечение у остальных 142 ($46,7\% \pm 0,5$) пациентов с пародонтитом в развившихся стадиях, прежде всего, заключалось в проведении традиционных пародонтологических хирургических вмешательств. Так 128 ($90\% \pm 0,5$) пациентов отметили положительный эффект после хирургического вмешательства, а у 14 ($10\% \pm 0,5$) эффект был частичным.

Заключение. В начальных стадиях развития воспалительных заболеваний пародонта, фотодинамическое лечение может являться симптоматической терапией, но

в развившихся стадиях, применения только фотодинамической терапии недостаточно. Воздействие аппаратом для фотодинамической терапии РАСТ 3000 на ткани пародонта должно быть включено в комплексное лечение пародонтитов.

Литература

1.Орехова Л.Ю., Пушкарев О.А., Лукавенко А.А. / Фотодинамическая терапия в клинике терапевтической стоматологии // Инновационная стоматология // Том №1, СПб, 2010 – с.54 – 67

**ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕСТНОДЕЙСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ
НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ**

Волкова Т.В.¹, Удальцова Н.А.¹, Котюрова О.Л.^{1,2}, Присяжнюк О.В.¹

¹СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»,

²ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: воспалительные заболевания тканей пародонта у детей

**STUDY OF THE ROLE OF LOCAL ACTING FACTORS IN DEVELOPMENT
OF INITIAL FORMS OF INFLAMMATORY DISEASES PARODONTA IN
CHILDREN**

Volkova T.V.¹, Udaltsova N.A.¹, Kotyurova O.L.^{1,2}, Prisyazhnyuk O.V.¹

¹SPb GBUZ "Dental clinic №29", ²First Medical State University named after I.P.Pavlov

Saint-Petersburg, Russian Federation

Key words: Inflammatory diseases of periodontal tissues in children

Актуальность исследования. Хронические воспалительные заболевания тканей пародонта относятся к числу наиболее распространённых стоматологических заболеваний, развивающихся в молодом возрасте и ведущих к потере зубов. Среди причин возникновения хронического воспаления в тканях пародонта ведущей считают наличие зубного налета. Однако имеются данные о роли различных внешних повреждающих факторов, которые способствуют развитию воспалительного процесса в тканях пародонта.

Особое место среди этиологических факторов начальных форм воспалительных заболеваний пародонта занимает зубная бляшка и другие виды зубных отложений.

В человеческом организме осуществляются сложные взаимодействия экзогенных и эндогенных повреждающих факторов, раскрытие их природы может способствовать

объяснению механизмов возникновения и развития хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта.

Цель исследования.

В целях совершенствования профилактики и раннего лечения данной группы заболеваний явилась оценка влияния местнодействующих этиологических факторов (зубная бляшка + местные раздражители) на возникновение и развитие начальных форм воспалительных заболеваний пародонта у детей.

Материал и методы исследования

При проведении плановых профилактических осмотров школьников в детском отделении стоматологической поликлиники проводилась выборка подростков, страдающих гингивитом различной степени тяжести.

Была набрана группа школьников в возрасте 14-17 лет, страдавших гингивитом различной степени тяжести в количестве 50 человек.

Обследование этой группы включало оценку стоматологического и общесоматического клинического статуса. Результаты обследования фиксировались в карте пациента. Указанный комплекс обследования был проведен дважды: при первичном обследовании и через 1 месяц после проведения профессиональной гигиены полости рта.

Результаты исследования.

При анализе характера связей по коэффициентам Спирмена по совокупным значениям изучавшихся показателей при первичном обследовании было установлено наличие статистически значимых связей между индексами воспаления и индексами бляшки. Корреляции между отдельными местнораздражающими факторами не была зарегистрирована. Была отмечена статистически достоверная взаимосвязь бляшечного индекса Грин-Вермиллион с гингивитным индексом Силнес-Лоу. Среди местных раздражающих факторов только аномалия положения зубов имела статистически значимую связь с гингивитным индексом и бляшечным индексом Грин-Вермиллион.

При анализе взаимосвязей в отдельных функциональных группах зубов (резцы, клыки, премоляры, моляры) были обнаружены различные закономерности корреляционных связей.

При первичном обследовании установлено, что среди показателей бляшкообразования индекс Силнесс-Лоу характеризуется более выраженной корреляционной связью с обоими показателями воспаления. В то же время местно раздражающие факторы имеют более выраженную связь с показателем индекса Грин-Вермиллион. Это свидетельствует о необходимости измерения обоих показателей при

пародонтологическом обследовании. Среди местных раздражающих факторов аномалии положения зубов характеризуются наибольшим числом статистически значимых корреляционных связей с индексами воспаления и бляшкообразования. Наиболее выраженным оказалось влияние местных раздражающих факторов в группе резцов.

При повторном клиническом обследовании спустя 1 месяц после профессиональной гигиены полости рта все индексы гингивита и бляшкообразования достоверно изменились. Характер взаимосвязей между клиническими показателями в целом и в отдельных функциональных группах изменился. Отмечено усиление взаимосвязей между индексами бляшки и воспаления во всех функциональных группах. В то же время не определяется статистически значимой связи местных раздражающих факторов с воспалением.

Выводы. У лиц молодого возраста местнодействующие раздражающие факторы не являются самостоятельной причиной развития воспаления в тканях пародонта благодаря высоким компенсаторным возможностям тканей пародонта. Однако, они способствуют созданию условий для усиленного отложения зубного налета. При длительном существовании зубной бляшки опосредованное влияние местно раздражающих факторов усиливается. После профессиональной гигиены оно проявляется в гораздо меньшей степени.

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

Гордеев М.И.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»

Санкт-Петербург, Россия

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

ACTUAL ISSUES OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND CLINICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASES SUFFERING FROM DIABETES MELLITUS

Gordeyev M.I.

SPb GBUZ "Dental clinic №29"

St. Petersburg, Russia

Key words: diabetes, halitosis, periodontium, periodontium, etiopathogenetic therapy

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

Актуальность исследования. 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. [1, 2] Патологический оральный галитоз обусловлен заболеваниями, нарушением функций органов и тканей полости рта, патологическими условиями (ксеростомия и заболевания периодонта). Актуальность изучения состояния слизистой оболочки полости рта (СОПР) у больных сахарным диабетом обусловлена медико-социальной значимостью данного заболевания. [3] 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. Основная картина галитоза при сахарном диабете создается летучими сернистыми соединениями (ЛСС), амины и кислоты, только лишь вносят некоторые оттенки в запах и меняют его интенсивность. [4]

Материалы и методы. Планируется обследование больных разных возрастных групп (по международной классификации возраста ВОЗ от 1963г). 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, РМА в мод. Parma).
6. Лабораторные методы исследования:
7. Ретроспективный анализ историй болезни.

Результаты исследования. Уровень продукции ЛСС в полости рта зависит от различных условий, складывающихся в полости рта (описано около 70 факторов!), главными из которых в соответствии с проведенным исследованием являются:

наличие специфической микрофлоры;

наличие белкового субстрата;

благоприятные условия для катаболизма – низкое содержание кислорода; высокий уровень рН в микробном окружении.

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.

Выводы.

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

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

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

Список литературы.

1. Попруженко, Т.В. Галитоз: учеб.-метод. пособие / Т.В.Попруженко, Н.В.Шаковец. Минск:БГМУ, 2005. 40 с.

2. Э.М. Кузьмина. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. - Издательство - Тонга-Принт. 200→1. - 216 с.

3. Аврамова О.Г. Галитоз: обзор новой проблемы в стоматологии // Труды Второй Всероссийской конференции по клинической имплантологии Самара - 2002 - с. 22-30.

4. Amano A., Yoshida Y., Oho T. and Koga T. Monitoring ammonia to assess halitosis //oral Pathol 2002 - 94 (6) - p. 692-696.

ПОКАЗАТЕЛИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Григорьев В.А., Башлыкова В.П.

СПб ГБУЗ МИАЦ

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: оценка качества медицинских услуг

PERFORMANCE INDICATORS OF THE POPULATION HEALTH CARE

Grigoryev VA, Bashlykova V.P.

St. Petersburg State Technical University

St. Petersburg, Russian Federation

Key words: assessment of the quality of medical services

Цель исследования. Оценка эффективности системы здравоохранения достаточно сложна и требует наличия комплекса инструментов и критериев, с помощью которых можно анализировать и оценивать по выбранным показателям реализацию стратегического направления развития здравоохранения и способствовать выстраиванию эффективной системы управления отраслью.

Материалы и методы исследования. В 2014 г. утверждена новая редакция Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее — Программа), главными целями которой являются обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Результаты реализации Программы характеризуются значениями целевых индикаторов и показателей (всего с учетом подпрограмм — 101 показатель), которые установлены на период до 2020 г. В паспорте Программы приводятся сведения о значениях 16 базовых показателей (индикаторов) по каждому субъекту РФ. На протяжении ряда лет в РФ используются различные показатели и критерии оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения, их работников и руководителей. Одним из показателей является удовлетворенность пациентов медицинской помощью. Приказом МЗ РФ от 28 ноября 2014 № 787н утверждены показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. По постановлению Правительства РФ от 19 декабря 2015 №1382 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год одним из критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность населения медицинской помощью.

Согласно статье 79.1 Федерального закона N 323-ФЗ независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями предусматривает оценку условий оказания услуг по таким общим критериям, как открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления

медицинской услуги; доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность оказанными услугами.

Объективные критерии качества и удовлетворенность пациента могут совпадать, а могут и не совпадать. В зависимости от того, насколько оказанная помощь соответствует ожиданиям и потребностям пациент решает, будет ли он в дальнейшем обращаться к этому специалисту или в это ЛПУ; следовать предложенному курсу лечения; следовать рекомендациям по изменению образа жизни; нести расходы, связанные с лечением; рекомендовать обратиться в ЛПУ или к специалисту знакомым.

Результаты. Качество медицинских услуг в амбулаторных условиях оценивается уровнем удовлетворенности пациентов условиями ожидания приема у врача в очереди, удовлетворенности от посещения медицинской организации и другими показателями.

В группе «Открытость и доступность информации о медицинской организации» используются унифицированные показатели, которые не зависят от вида медицинской организации и оказываемых услуг, а именно: полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте, наличие и доступность способов обратной связи с потребителями услуг в сфере здравоохранения и пр. Показатели, характеризующие комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения. «Время ожидания в очереди при получении медицинской услуги» оценивается с помощью показателей, характеризующих время ожидания посещения врача, результатов диагностического исследования. Показатели группы «Доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации» не зависят от условий оказания медицинских услуг и формулируются как доля потребителей услуг, которые высоко оценивают доброжелательность, вежливость, внимательность и компетентность работников медицинской организации.

Показатели, характеризующие удовлетворенность оказанными услугами в медицинской организации. Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями проводится в обязательном порядке в отношении медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, независимо от их ведомственной принадлежности и формы собственности.

В соответствии с пунктами 2, 3, 6 части 4 статьи 79.1 Федерального закона N 323-ФЗ уполномоченные органы формируют общественные советы по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями и

утверждают соответствующие положения о них или возлагают функции по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями на существующие при этих уполномоченных органах общественные советы (далее - общественные советы).

Выводы. Специалистами сектора по стоматологии СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» были разосланы и собраны анкеты из 6 поликлиник.

Рейтинг учреждений по удовлетворенности пациентов медицинской помощью:

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29» - 31 баллов

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №11» - 23 балла

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №16» - 22 балла

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №28» - 20 баллов

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №20» и СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №30» - 19 баллов

Удовлетворенность – субъективная мера реального положения вещей. Необходимо учитывать: реальные факты; особенности личности; особенности субъективной трансформации реальных фактов; уровень притязания личности.

О ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЛИЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Гусейнов Р.З.¹, Иорданишвили А.К.²

¹ООО «General dental», ²ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова»

Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: одонтогенная подкожная гранулёма лица, хронические очаги одонтогенной инфекции, ошибки диагностики.

ABOUT DIAGNOSTICS OF THE DONTOGENOUS HYPODERMIC GRANULOMA OF THE PERSON AT THE PRE-HOSPITAL STAGE

Guseynov R.Z.¹, Iordanishvili A.K.²

¹ООО «General dental», ²North-Western State Medical University named after I.I.

Mechnikov

St. Petersburg, Russia

Keywords: dontogenous hypodermic granuloma of the person, chronic centers of a dontogenous infection, diagnostics error.

В 1912 году были описаны особые щёчные свищи, исходящие от зубов, а в последующие годы при изучении этой нозологической формы воспалительной

патологии челюстно-лицевой области её стали описывать под разными названиями, а именно: «ползучая гранулема», «подкожная мигрирующая гранулема», «мигрирующий абсцесс» [1]. Только в последующие годы было показано, что при одонтогенной подкожной гранулёме лица отсутствует истинная миграция воспалительного процесса в мягких окологлазничных тканях. Именно поэтому данное заболевание стали называть одонтогенной подкожной гранулёмой лица [3]. Не имея ничего общего с истинной миграцией (перемещением) воспалительного процесса многолетними клиническими наблюдениями был исследован этиопатогенез этой патологии и разработан алгоритм её лечения [2]. Анализ современного состояния проблемы диагностики и лечения одонтогенной подкожной гранулёмы лица показывает, что алгоритм её лечения, который был предложен ещё в шестидесятых годах XX века сохраняется по своей сути по настоящее время без существенных изменений. Именно с появлением монографии Л.М.Рабиновича «Одонтогенная подкожная гранулема лица» (Ленинград, 1967) достаточно детально была описана этиология этого заболевания, а именно хронические инфекционные гранулирующие периапикальные воспалительные процессы зубов, разработана клиническая классификация различных форм этой патологии (начальная, стационарная, ползучая и абсцедирующая), выделены два периода заболевания (скрытый период и период кожных проявлений), представлена дифференциальная диагностика одонтогенной подкожной гранулёмы с одонтогенным хроническим остеомиелитом челюстей и подкожно-межмышечной формой актиномикоза, описана тактика лечения больных с различными клиническими формами заболевания, которая в обязательном порядке заключалась не только в выскабливании грануляций из полости гранулёмы и по всему свищевому ходу, но и в удалении первичного очага.

Цель исследования – оценить эффективность диагностики ОПГЛ на догоспитальном этапе.

На основании изучения 28925 историй болезни взрослых пациентов, которые прошли стационарное лечение в отделениях челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильных лечебно-профилактических учреждений гг. Санкт-Петербурга, Екатеринбурга и Ростова-на-Дону установлено, что пациенты, страдающие одонтогенной подкожной гранулёмой лица (ОПГЛ), составляют 0,07% – 0,42%. Наиболее часто врачи первичного звена здравоохранения путали ОПГЛ с обострением хронического одонтогенного остеомиелита челюстей (у 19 чел.), нагноившейся атеромой (у 11 чел.), абсцедирующим фурункулом (16 чел.), а также пиогенной гранулёмой (1 чел.). Больные, страдающие ОПГЛ часто впервые обращаются за медицинской помощью не только к стоматологам, но и к врачам смежных

специальностей (врачи общей практики, терапевты, дерматологи, общие хирурги) с жалобами на поражение кожи лица в период, когда явления со стороны полости рта у пациентов незначительны, и не беспокоят их. Следует подчеркнуть, что в 38 (70,37%) случаях пациенты, страдающие ОПГЛ были направлены в стационар врачами-стоматологами, а в 16 (29,63%) – врачами других специальностей (врачи общей практики, терапевты, дерматологи, общие хирурги), при этом дефекты диагностики встречались не зависимо от специализации врача первичного звена ($p \geq 0,05$). Отмечено, что больные с ОПГЛ часто впервые обращаются за медицинской помощью не только к стоматологам, но и к врачам смежных специальностей (врачи общей практики, терапевты, дерматологи, общие хирурги). Показано, что дефекты диагностики ОПГЛ в поликлиническом звене встречаются в 87,04% случаев и первоначально это заболевание трактуют как обострение хронического одонтогенного остеомиелита челюстей, нагноившаяся атерома, абсцедирующий фурункул.

Литература

1. Иорданишвили А.К. Особенности диагностики и лечения одонтогенной подкожной гранулёмы лица // Стомат. науч.-образоват. журн. 2014. № 3/4. С. 15 – 19.
2. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В. Одонтогенные подкожные гранулёмы лица: клиническая картина и принципы лечения // Инфекции в хирургии. 2015. Т. 13, № 3. С. 34 – 37.
3. Di Benedetto A., Gigante I., Colucci S., Grano M. Periodontal disease: linking the primary inflammation to bone loss // Clin. Dev. Immunol. 2013. Vol. 11. P. 503 – 754.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Дягилев А. И.

ЧОУ ВПО «Санкт-Петербургский Медико-социальный институт»

г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: болевой синдром, боль, анальгетики, анальгин, кетопрофен, кеторол, аркоксиа, нимика, ибупрофен.

FEATURES OF ANALGESIC PROTECTION IN DENTAL SURGERY

Dyagilev A. I.

CHOU VPO "Saint-Petersburg Medical-social Institute"

Saint-Petersburg, Russia

Key words: pain, analgesics, dipyrone, ketoprofen, ketorol, arcoxia, nimika, ibuprofen.

Болевой синдром, является неотъемлемой составляющей послеоперационного периода у пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству по поводу различных заболеваний челюстно-лицевой области. Задачей лечащего врача является адекватное купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде [1, 2]. Наиболее значительной группой препаратов, применяемых для решения этой задачи, являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Цель исследования – разработка оптимальных подходов к уменьшению выраженности и продолжительности послеоперационного болевого синдрома при типовых стоматологических хирургических вмешательствах.

Проведен анализ 130 историй болезни и 50 амбулаторных карт стоматологического больного с различными клиническими диагнозами на предмет выбора лечащими врачами препаратов для купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде.

На основании полученных данных установлено, что в стационаре для купирования болевого синдрома использовались следующие препараты из группы НПВС: анальгин (производитель СиЭсПиСи Оуи Фармасьютикал Ко. Лтд., Китай) (92 человека), кеторолак (производитель ОАО «Синтез» Россия) (19 человек), кетопрофен (производитель ОАО «Синтез» Россия) (17 человек), аркоксиа (производитель «Мерк Шарп и Доум Б. В.» Нидерланды) (2 человека). В поликлинике для купирования послеоперационного болевого синдрома использовались следующие лекарственные средства: нимика (производитель «Ипка» Индия) (22 человека), кетонал (производитель «Лек» Словения) (15 человек), ибупрофен (производитель ОАО «Синтез» Россия) (10 человек), дексалгин (производитель «Menarini Group» Германия) (3 человека). С учётом заболевания в стационаре пациентам с периоститом челюстей – анальгин (19 человек), кеторол (1 человек), с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом для купирования послеоперационного болевого синдрома назначался: анальгин (7 человек) и кеторол (1 человек); с ретенцией зуба – анальгин (16 человек), кеторол (5 человек), кетопрофен (3 человека); с хроническим периодонтитом – анальгин (9 человек), кетопрофен (4 человека); с одонтогенными кистами челюстей – анальгин (3 человека), кеторол (2 человека); с диагнозом острый перикоронит – анальгин (8 человек); после дентальной имплантации – анальгин (3 человека), кетопрофен (5 человек), кеторол (4 человека), аркоксиа (2 человека). В поликлинических условиях назначение НПВС по клиническому диагнозу было представлено следующим образом. Пациентам с альвеолитом для купирования послеоперационного болевого синдрома применялись: нимика (9 человек), кетонал (4 человека), ибупрофен (4 человека); с ретенцией зуба –

нимика (4 человека), кетонал (4 человека), ибупрофен (2 человека), дексалгин (1 человек); с острым перикоронитом – нимика (2 человека), кетонал (3 человека), ибупрофен (3 человека), дексалгин (2 человека); с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстей – нимика (7 человек), кетонал (4 человека), ибупрофен (1 человек).

Проведённое исследование выявило отсутствие общей единой закономерности в способах купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде в условиях стационара и поликлиники. В тоже время, у стационарных пациентов отсутствовала возможности самостоятельного выбора препарата для купирования болевого синдрома, так как они получают лекарственные препараты, назначенные лечащим врачом с учётом перечня жизненно необходимых и важных лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Пациенты стоматологических поликлиник зачастую по своему усмотрению самостоятельно приобретают НПВС в розничной аптечной сети. В стационаре наиболее часто применяемым препаратом оказался анальгин, который является неселективным ингибитором циклооксигеназы и имеет, при длительном применении, ряд нежелательных побочных эффектов. На сегодняшний день синтезированы обладающие избирательной селективностью и высокоселективные НПВС, применение которых является более предпочтительным в связи с меньшим количеством побочных эффектов.

Литература

1. Базикян Э.А., Игнатович В.В. Оценка эффективности кеторола и найза в клинической практике хирургической стоматологии// Стоматология. - 2005. - №3. - С. 49-50.
2. Сохов С.Т., Аксамит Л.А., Виха Г.В, Воробьева Е.И., Цветкова А.А. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов для лечения стоматологических заболеваний. - М., 2010. - 79 с.

ПАРОДОНТИТ КАК НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА. ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

Егорова Н.Е.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №15»

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: сахарный диабет, пародонтит

**PARODONTITIS AS NON-SPECIFIC COMPLICATIONS OF SUGAR DIABETES
APPROACHES TO PREVENTION**

Egorova N.E.

SPb GBUZ "Dental clinic №15"

St. Petersburg, Russian Federation

Key words: diabetes mellitus, periodontitis

Актуальность исследования. Сахарный диабет - распространенное эндокринное заболевание, которое относится к факторам риска для развития изменений в тканях пародонта. [1, 2] Наличие сахарного диабета у пациентов может обуславливать развитие структурно – функциональных изменений в челюстно-лицевой области, а также повышать риск возникновения изменений в тканях пародонта. В тоже время характер данных изменений и степень влияние сахарного диабета на состояние тканей пародонта недостаточно изучены. [3, 4] В связи с этим необходимо уделять большое внимание данной проблеме, чтобы оказать своевременную помощь данным пациентам во избежание довольно серьезных осложнений.

Сахарный диабет дает много осложнений со стороны тканей пародонта:

- поражения сосудов,
- кровоточивость десен,
- выделение гнойного экссудата,
- снижение резистентности тканей пародонта,
- дистрофия альвеолярного отростка

В свою очередь, пародонтит также может ухудшать течение сахарного диабета. Это заболевание всегда сопровождается выработкой медиаторов воспаления, в том числе Tumor Necrosis Factor (TNF-а) и интерлейкинов (IL-6), которые способствуют развитию инсулинорезистентности, лежащей в основе сахарного диабета. Образуется так называемый порочный круг. При сахарном диабете происходит нарушение обмена веществ и поражение микрососудов в тканях, что становится причиной развития заболеваний пародонта. А пародонтит ухудшает течение сахарного диабета, повышая инсулинорезистентность. Именно поэтому так важно лечить воспалительные заболевания пародонта при сахарном диабете. Это позволит пациенту не только значительно улучшить состояние полости рта, но и заметно облегчить течение сахарного диабета. Пародонтит и пародонтологическое лечение влияют на гликемический контроль. Своевременное лечение пародонтита помогает предотвратить развитие таких осложнений диабета, как нефропатия и сердечно-сосудистая патология, часто становящиеся причиной смерти.

Материалы и методы исследования. Для того чтобы избежать этих проблем, следует, в первую очередь, компенсировать диабет (нормализовать уровень сахара в крови) и соблюдать ряд правил ухода за полостью рта:

1. Чистить зубы или как минимум полоскать полость рта специальным ополаскивателем следует после каждого приема пищи. Кроме того, следует удалять остатки пищи из межзубных промежутков с помощью зубной нити. Делать это нужно очень осторожно, чтобы не повредить десны. Если нет кровоточивости десен, больным диабетом можно пользоваться зубной щеткой средней жесткости, которая бережно массирует десны. Паста и ополаскиватель для ежедневного применения не должны содержать сильных антибактериальных веществ, сильных перекисей, обладающих отбеливающим эффектом, и высокоабразивных веществ. Полезны добавки, улучшающие обмен веществ и регенерацию тканей, а также натуральные растительные компоненты, обеспечивающие мягкий противовоспалительный эффект. С этой задачей прекрасно справляются экстракты таких растений, как шалфей, ромашка, розмарин, крапива.

2. Если десны кровоточат или воспалены, следует чистить зубы щеткой с мягкой щетиной. В этом случае следует использовать только специализированную зубную пасту с укрепляющими/вяжущими, антибактериальными и противовоспалительными компонентами. Ополаскиватель для полости рта должен содержать регенерирующий и антисептический комплексы. В составе зубных паст и ополаскивателей для применения в период обострения заболеваний пародонта хорошо себя зарекомендовали фитокомплексы на основе экстрактов и эфирных масел целебных трав. Как правило, такие составы имеют кислую реакцию, поэтому врачи рекомендуют применять их только в период обострения курсом длительностью не более четырех недель, после чего больной должен вернуться к использованию специальных базовых средств для ухода за полостью рта при диабете.

Результаты. В 2016 году в СПб ГБУЗ «СП № 15» на диспансерном наблюдении находилось 32 пациента с диагнозом «Хронический генерализованный пародонтит», из них 8 пациентов с сахарным диабетом II типа и 1 пациент с сахарным диабетом I типа. Важными моментами в лечении и наблюдении (каждые 3 месяца) за такими пациентами была нормализация биохимических показателей крови. Необходимо постоянно поддерживать нужный уровень глюкозы в крови, при помощи медикаментов и диеты. Пациенты приносили с собой на прием результаты лабораторных исследований за последний месяц. На приеме у врача-пародонтолога собирался тщательный анамнез, жалобы, обсуждалась диета. Производилось снятие

зубного камня, удаление зубного налета, очищение корней зубов, обработка ПЗДК. При выполнении всех требований мы достигли стабилизации процесса в полости рта (ремиссия хронического генерализованного пародонтита).

Выводы: при адекватной и своевременной терапии сахарного диабета лечение пародонтита не имеет никаких принципиальных отличий. Диспансерное наблюдение, регулярные посещения врача-стоматолога должны стать главными и основополагающими в жизни пациентов, страдающих сахарным диабетом. Организм представляет собой единое целое, поэтому здоровье полости рта так важно для организма в целом.

Литература

1. Райан М. А. Сахарный диабет и воспалительные заболевания пародонта// Пародонтология.- 2006. - Т. 40, № 4. - С. 62-65.
2. Алексеева О. А. Влияние сахарного диабета на состояние пародонта и полости рта // Медицинская газета. - 2002. - № 74.
3. Оганян Э. С. Состояние пародонта у больных инсулинозависимым сахарным диабетом: Автореф. дис. ... док. мед. наук. – Казань, 2001. – 29 с.
4. Барер Г. М., Григорян К. Р. Пародонтит у больных сахарным диабетом 1 типа (обзор литературы)// Пародонтология.- 2006. - Т. 39, № 2. - С. 6-10.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

Иорданишвили А.К.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: боль, стоматологическая помощь, нестероидные противовоспалительные препараты, профилактика боли, устранение боли в стоматологии.

POSSIBILITIES OF PROPHYLAXIS AND STOPPING OF THE PAIN SYNDROME ON STOMATOLOGIC RECEPTION

Iordanishvili A.K.

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

Saint-Petersburg, Russian Federation

Keywords: pain, the stomatologic help, non-steroidal anti-inflammatory drugs, prophylaxis of pain, elimination of pain in an odontology.

Известно, что в 7,3% случаев обращаемости взрослых пациентов к врачам стоматологам-хирургам является патология зубов мудрости. При этом чаще

поражаются нижние (69,05%) зубы мудрости, чем верхние (30,95%). При этом, более чем в половине клинических наблюдений послеоперационный период, особенно у лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа, осложняется гнойно-воспалительными процессами лунки, которые сопровождаются выраженным болевым синдромом и плохо поддающимся лечению. Поэтому, профилактика и купирование болевого синдрома имеет непосредственно прикладное значение [М.И. Музыкин и соавт., 2015].

Для предупреждения и купирования болевого синдрома в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии врачи широко применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Для оценки эффективности действия НПВП в качестве показателя обезболивающей способности конкретного фармакологического препарата используют показатель NNT (number needed to treat), представляющий собой среднее число пациентов, которых необходимо лечить, чтобы достичь 50% снижения болевого синдрома через 4 – 6 часов. Чем значение NNT показателя ниже, тем эффективнее препарат. Для современных высокоселективных НПВП (коксибы), которые обладают высокой селективностью к циклооксигеназе – 2 и практически не влияют на циклооксигеназу – 1, что обеспечивает их большую безопасность и переносимость для организма человека, значение NNT составляет 1,6 – 1,7 [А. Moore, J. Edwards, J. Varden, 2003], что свидетельствует о их лучшем обезболивающем эффекте по сравнению с другими НПВП, а именно неселективными НПВП и умеренно селективными НПВП. Об этом же свидетельствуют данные, полученные при оценке показателя TOPAR8 – свидетельствующего о полном купировании болевого синдрома через 8 часов. Так, например, показано, что обезболивающее действие высокоселективного НПВП эторикоксиба наступает спустя 24 минуты от его приёма и действует 24 часа [К. Malmstrom, 2004]. Учитывая, что на сегодняшний день высокоселективные НПВП, в частности аркоксиа, выпускаются при содержании в одной таблетке 30 мг, 60 мг, 80 мг и 120 мг эторикоксиба, для клинической практики хирургической стоматологии оценена эффективность применения этого препарата эторикоксиба в различной дозировке для профилактики болевого синдрома, возникающего после операции удаления нижнего зуба мудрости.

Установлено, что для целей профилактики болевого синдрома при удалении зуба эффективно и достаточно использование препарата в дозировке 60 мг, который следует принимать перорально за час до операции, а в последующие 2 – 3 дня в утренние часы. Использование высокоселективного НПВП эторикоксиба также способствует уменьшению возникновения частоты инфекционно-воспалительных послеоперационных осложнений. Использовать высокоселективный НПВП

эторикоксиб для профилактики болевого синдрома в хирургической стоматологии в дозировке 90 мг и 120 мг нецелесообразно. Такая дозировка препарата необходима при назначении комплексного лечения стоматологических заболеваний, сопровождающихся длительным и мучительным для пациента болевым синдромом. Кроме того, показано, что при малой, слабой и средней выраженности болевого синдрома целесообразно рекомендовать пациентам однократный приём этого препарата в дозировке, соответственно, 30 мг и 60 мг в сутки, что позволяет через час снизить интенсивность болевого синдрома и полностью купировать его на 3 сутки от начала лечения. При выраженном болевом синдроме, мучительной, изнуряющей, жгучей и нестерпимой боли рекомендуется однократный приём эторикоксиба в дозировке 90 мг или 120 мг в сутки, что обеспечивает снижение болевого синдрома, впервые часы терапии, до 42 – 61% и его полное купирование на 2 – 3 сутки от начала лечения.

Литература

1. Музыкин М.И., Иорданишвили А.К., Рыжак Г.А. Периоститы челюстей и их лечение. СПб.: Изд-во «Человек», 2015. С.112.
2. Moore A. Edwards J., Barden J. Bandolier's Little Book of Pain. Oxford: Oxford Universiti Press, 2003. P. 279.
3. Malmstrom, K. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and comparator-controlled dose-ranging study // Clin. Ther. 2004. № 26 (5). P. 667 – 679.

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Иорданишвили А.К.¹, Окунев М.А.², Удальцова Н.А.², Зайцев В.В.³

¹ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», ²СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», ³СПб ГБУЗ «Поликлиника № 1 МСЧ ГУВД МВД по СПб и Ленинградской области»

Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: качество медицинской помощи, стоматологическая деятельность, внутренний контроль качества медицинской помощи.

THE ORGANIZATION AND QUALITY MANAGEMENT OF THE MEDICAL CARE IN THE DENTAL OUT-PATIENT DEPARTMENT

Iordanishvili A.K.¹, Okunev M.A.², Udaltsova N.A.², Zaytsev V.V.³

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, ²SPb GBUZ "Dental clinic №29", ³SPb GBUZ "Polyclinic № 1 of the medical unit, police, Ministry of internal Affairs for St. Petersburg and Leningrad region"
Saint-Petersburg, Russian Federation

Keywords: quality of a medical care, stomatologic activity, internal quality control of a medical care.

Актуальность проблемы: Совершенствование качества медицинской помощи является важнейшей задачей деятельности любого учреждения здравоохранения. Успешное достижение данной цели обеспечивается системой управления качеством медицинской помощи.

Основные этапы исследования. Основной причиной недостатков в обеспечении качества медицинской помощи является недооценка руководством стоматологических поликлиник главными стоматологами районов города необходимости управления качеством медицинской помощи, а точнее её планированием, организацией и контролем. [1, 2] Работа системы управления качеством медицинской помощи в поликлинике осуществляется на трёх уровнях: первый - осуществляется врачом-стоматологом, экспертиза качества оказания медицинской помощи проводится в порядке самоконтроля; второй - осуществляет заведующий клиническим подразделением поликлиники (заведующий отделением), третий – комиссия по обеспечению качества медицинской помощи поликлиники. Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится 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 допускается 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», «примечания». 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, неквалифицированные действия, небрежность, невнимательное отношение

к пациенту, дефицит кадров, сложность диагностики и лечения из-за атипичного течения заболевания, низкий уровень профессиональной подготовки, отсутствие преемственности, преждевременное завершение лечения, недостатки в организации лечебно-диагностического процесса и т.п.), а также с указанием дефектов в ведении медицинской документации.

Выводы. Таким образом, при экспертизе качества медицинской помощи, оценке качества медицинских услуг учитывают соблюдение стандартов и объемов медицинской помощи, выбор современных медицинских технологий, высокотехнологичных методов диагностики и лечения, качество выполненной работы, организацию и качество работы медицинского персонала, уровень обеспечения расходным медицинским инструментарием и медикаментами, квалификацию и специализацию медицинского персонала, медицинское материально-техническое оснащение, а также финансирование лечебно-диагностического процесса. 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-стоматолога отделения. Заместитель главного врача по медицинской части поликлиники проводит не менее 30 -50 экспертиз в течение квартала. Обязательный контроль качества медицинской помощи с заполнением карт экспертной оценки качества медицинской помощи, осуществляется: 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.

Литература

1. Иорданишвили А.К., Салманов И.Б. Эндодонтия: эффективность и качество лечения. СПб.: Изд-во «Человек», 2016. С. 132.
2. Иорданишвили А.К., Бобунов Д.Н. Клинико-организационные аспекты стоматологического ортопедического лечения и его осложнений. СПб.: Изд-во «Человек», 2015. С. 136.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ

**Иорданишвили А.К.¹, Хромова Е.А.¹, Удальцова Н.А.², Кулик И.В.¹,
Волкова Т.В.², Присяжнюк О.В.²**

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»,
²СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: сахарный диабет, стоматологический статус, пародонтит
**THE IMPACT OF DIABETES MELLITUS TYPE 2 ON DENTAL STATUS OF
PATIENTS**

Iordanishvili, A. A. ¹, Khromova E. A. ¹, Udaltsova N. ², Kulik V. I. ¹, Volkova T. V. ²,
Prysyazhnyuk O. V. ²

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,

²SPb GBUZ "Dental clinic №29"

Saint-Petersburg, Russian Federation

Keywords: diabetes, dental status, periodontitis

Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) является актуальной проблемой современной медицины, занимая одно из первых мест среди причин, способствующих ранней инвалидизации, снижению уровня качества жизни, приводящих к преждевременному летальному исходу. Пациенты с эндокринной патологией составляют определенную сложность для практического врача-стоматолога, что существенно влияет на дальнейший рост заболеваемости тканей пародонта и ухудшает качество соматического здоровья пациентов. В связи с этим, большое значение приобретает ранняя диагностика заболеваний в полости рта, позволяющая целенаправленно, комплексно и обоснованно планировать профилактику и лечение пациентов со стоматологической патологией, что позволит сохранить у них естественные зубы со здоровыми тканями пародонта, в том числе периодонта.

С целью оптимизации организации амбулаторно-поликлинического приема пациентов, страдающих СД 2 типа на базе районной стоматологической поликлиники, оказывающей помощь по программе обязательного медицинского страхования, проведено изучение частоты встречаемости заболеваний пародонта, особенностей их клинического течения, а также взаимосвязей между стоматологической и соматической патологией у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Проведено изучение стоматологического статуса 260 пациентов в возрасте от 35 до 68 лет с сахарным диабетом 2 типа, направленных из соматических поликлиник врачами эндокринологами для выявления и лечения стоматологической патологии, сопутствующей СД 2 типа.

Результаты и их обсуждения. Среди 260 обследованных пациентов преобладали женщины - 224 (84%), трудоспособного возраста $53,6 \pm 1,2$ лет, мужчин 36 (16%), что

согласуется с данными литературы. При стоматологическом осмотре выявлено наличие заболеваний пародонта у 260 человек. Из них пародонтит генерализованный тяжелой степени - у 190 чел (61%), пародонтит средней тяжести - у 60 чел (33%), пародонтит легкой степени - у 10 чел (5,5%). Тяжесть заболевания пародонта коррелировала с уровнем гликированного гемоглобина, стажем диабета и наличием осложнений диабета. Нарушения строения мягких тканей пародонта (высоко и низко расположенные уздечки, тяжи переходных складок) выявлены у 112 чел. (62%), рецессия десны – у 120 чел (67%). Красный плоский лишай (типичная форма) – 20 чел. (11%). У 100 чел. (55%) выявлена вторичная частичная адентия из них: 70чел. (39%) пользуются ортопедическими конструкциями. У 7 (39%) полная адентия. Заболевания твердых тканей зубов (кариес различной локализации, периодонтиты) выявлены у 175 чел. (98%). В консервативном лечении и проведении профессиональной гигиены с последующим ее контролем нуждались 260 чел. (100%), в ортопедическом лечении – 100 чел (56%), 150чел (83%) в терапевтической санации, 20 чел. (12%) в хирургической санации, 150 чел (83%) в проведении пародонтологических операций: лоскутные – 150 чел. (83%), вестибулопластике 112 чел. (62%) и 38 чел.(21%) в проведении и вестибулопластики и лоскутных операций.

Выводы. Проведенное обследование выявило прямую связь уровня гликированного гемоглобина с тяжестью поражения пародонта. Составление индивидуального плана лечения больных с сахарным диабетом 2 типа и его мониторинг должен осуществляться совместно со стоматологом-пародонтологом и эндокринологом.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ УСПЕХА РЕСТАВРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫЙ ГРУППЫ ЗУБОВ С РАНЕЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ КАРИЕСОМ

Климова Е. А.¹

¹ Санкт-Петербургский Государственный Университет

г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: кариес, *Streptococcus mutans*, микроподтекание

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF RESTORATION'S SUCCESS IN POSTERIOR TEETH CARIES

E. A. Klimova¹

¹ St.-Petersburg State University

Key words: caries, *Streptococcus mutans*, microleakage

Актуальность исследования. Кариес и его осложнения остаются актуальной проблемой современной практической медицины. Учеными предполагается критическая значимость представителей рода *Стрептококк* при переходе от состояния стоматологического здоровья к состоянию заболевания. Метагеномные исследования микроорганизмов полости рта позволяют изучить роли патогенных видов и функции специфических генов при заболеваниях пародонта и кариесе. Данное направление на стыке дисциплин является одним из наиболее перспективных методов изучения фундаментальных основ патогенеза стоматологической патологии.

В настоящее время в практике детских стоматологов в России применяется два типа материалов для постоянной реставрации – композиционные материалы и стеклоиономерные цементы. Доказано, что мономеры, выделяемые некоторыми композитами на основе метакрилата, оказывают неблагоприятные цитотоксические и генотоксические действия *in-vitro*.

Целью настоящего ретроспективного исследования является изучить состояние микробиоты полости рта и качество реставраций зубов, ранее подвергавшихся терапии кариеса с применением двух видов материалов по сравнению с интактными зубами у пациентов крупного промышленного города.

Задачи исследования: оценка микробиоты полости рта у пациентов с различными сроками службы реставраций, определение критериев успеха реставрации жевательного зуба путем анализа характера микроподтеканий на границе пломба-зуб, определение наличия или отсутствия корреляции реставрационного материала с микробным пейзажем полости рта пациентов.

Материалы и методы. Проведено исследование с участием 82 человек в возрасте 6 и 12 лет без общесоматической патологии. Сроки службы реставраций в полости рта варьировали от 1 недели до 5 лет. Реставрации были выполнены различными операторами в условиях частной стоматологической практики и государственных стоматологических поликлиник города Санкт-Петербурга. Были применены методы оценки качества восстановления твердых тканей зубов в ближайшие и отсроченные сроки (эстетические и клинические), лабораторные методы исследования микробиоты с поверхности жевательных зубов (выделение ДНК, полимеразная цепная реакция, метагеномное секвенирование, микроскопия), дополнительные методы исследования и статистическая обработка результатов.

Результаты. Выявлено увеличение частоты встречаемости пародонтопатогенных и кариесогенных бактерий, в том числе *Streptococcus mutans*, у пациентов возрастной группы 6 лет в группе зубов, леченных с применением стеклоиономерного цемента с

КПУ 0,4-0,6 ($P < 0,05$). В группе среднего и высокого риска кариеса у детей 12 лет, ранее санированных с применением композиционного материала, повышено содержание *Streptococcus mutans* в отсроченном периоде. При этом установлено, что композиционные материалы показывают меньшую микроподтекаемость по границе пломба/зуб в двух возрастных группах у детей с индексом КПУ 0,7-0,9. В возрастной группе детей 6 лет с индексом КПУ более 1,0 при оценке критериев качества восстановления твердых тканей в ближайшем периоде в двух группах материалов показатели признаны удовлетворительными. Достоверной корреляции между спектром кариесогенной микрофлоры и материалом выбора выявить не удалось. Исследования продолжаются.

Выводы. В лечении кариеса жевательной группы зубов у детей 6 и 12 лет имеет место и целесообразно применение композиционных материалов наравне с стеклоиономерными материалами. Необходимо проводить отсроченное диспансерное наблюдение реставраций зубов у пациентов 6 и 12 лет с применением стеклоиономерных цемента с целью контроля качества реставраций и возможной последующей заменой пломбирочного материала в зависимости от уровня интенсивности кариеса и критериев успеха реставрации.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Ковалевский А.М., Черныш В.Ф., Неженская В.С.

ФГБВОУ ВО «Военно-Медицинская академия имени С.М. Кирова»

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: заболевания пародонта, сахарный диабет, лоскутная операция.

SURGICAL TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES IN DIABETES MELLITUS.

Kovalevsky A.M., Chernysh V.F.

FGBROU VO "Military Medical Academy named after SM. Kirov»

St. Petersburg, Russian Federation

Key words: periodontal diseases, diabetes mellitus, periodontal flap operation

Известно, что у большинства пациентов с сахарным диабетом отмечается поражение тканей пародонта, причем степень выраженности его зависит от тяжести и длительности протекания основного заболевания. Важную роль в патогенезе заболевания пародонта играет диабетическая микроангиопатия, ведущая к гипоксии тканей пародонта и поражению их микроорганизмами. [2]

Присущие сахарному диабету метаболические и вторичные иммунные нарушения создают сложности в составлении плана лечения пациентов. [3] Так, вследствие снижения регенераторных способностей тканей в таком случае не показана склерозирующая терапия пародонтальных карманов. При необходимости считается возможным проведение гингивотомии и кюретажа пародонтальных карманов (В. С. Иванов, 2001). [1] С целью повышения эффективности комплексного лечения заболевания пародонта при сахарном диабете нами проведено обследование и лечение 29 пациентов с инсулиннезависимым и 2 пациентов с инсулинозависимым сахарным диабетом в содружестве со специалистами отделения эндокринологии клиники терапии усовершенствования врачей № 1 имени проф. Н. С. Молчанова.

Главным условием успеха лечения идиопатического заболевания пародонта при сахарном диабете является совместная работа пародонтолога и эндокринолога, позволяющая полноценно обследовать пациента, установить тип сахарного диабета, исключить наличие сопутствующих заболеваний и выработать совместный план лечения. Как известно, указанная категория пациентов нуждается в скрупулезной подготовке к оперативному вмешательству, причем ведущая роль в ней принадлежит врачу-эндокринологу, который добивается компенсации сахарного диабета путем назначения диеты и индивидуально подобранной дозы сахаропонижающих сульфаниламидных препаратов, назначаемых внутрь, либо путем инъекций инсулина. Должны быть устранены также явления метаболического ацидоза и нарушения водно-электролитного обмена.

Вторым принципиальным условием является возможность проведения курса гипербарической оксигенации (ГБО). Назначается 8-10 сеансов (обычно поровну до и после оперативного вмешательства) в режиме 0,17 мПа с экспозицией 45 мин. ГБО способствует повышению эффективности сахаропонижающих препаратов, улучшению микроциркуляции крови в тканях пародонта, повышению неспецифической резистентности и нормализации иммунного статуса организма, а также заживлению операционной раны первичным натяжением. Местное лечение в предоперационном периоде сводится к проведению полноценных мероприятий профессиональной контролируемой гигиены полости рта (Ковалевский А.М., 2015), назначению полоскания полости рта настоями лекарственных трав (шалфея, ромашки, зверобоя и т.п.) не менее 7-8 раз в день.

Общее лечение включает назначение антибактериальной терапии: антибиотик группы макролидов ровамицин по 3 млн. ЕД 2 раза в день до 7 суток включительно, начиная курс за несколько часов до оперативного вмешательства и продолжая его в

послеоперационном периоде. Одновременно назначают внутрь метронидазол по 0,5 г внутрь 2 раза в день в течение 5–7 суток, супрастин по 1 таблетке 3 раза в день пятидневным курсом. Нестероидный противовоспалительный препарат второго поколения нимесулид в день оперативного вмешательства назначается дважды – за час до операции и затем на ночь, необходимости в более длительном курсе обычно не возникает.

В день оперативного вмешательства эндокринолог назначает пациенту обычную дозу сахаропонижающих препаратов и внутривенно капельно около 20 г глюкозы, а в послеоперационный период — обычную дозу сахаропонижающих препаратов и диетическое питание. Рекомендуется исследование гликемии накануне операции и затем каждые 2 ч. Нужно подчеркнуть, что при лечении 29 пациентов с инсулиннезависимым диабетом ни в одном случае не потребовалась коррекция гликемии путем инъекций инсулина. Оперативное вмешательство проводится по методике А.М. Ковалевского, В.Ф. Черныша (1993) с заполнением костных карманов пористым гранулированным гидроксилалатитом, при этом следует стремиться к включению в операционное поле зубных рядов обеих челюстей, чтобы «прикрыть» послеоперационный период одним курсом антибактериальной терапии. Если это не представляется возможным, целесообразно сократить временной промежуток между операциями на верхней и нижней челюстях до 4–5 суток. Снятие швов рекомендуется на 11–12 сутки после оперативного вмешательства. В послеоперационный период проводят ирригации и полоскания полости рта 4 раза в день 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата; при возможности назначения препарата Parodontax extra, содержащего хлоргексидина биглюконат в концентрации 0,2%, достаточно двух сеансов полоскания полости рта в сутки. После снятия швов назначаются полоскания полости рта 7-8 раз в день настоями лекарственных трав, особенно показано применение настоя шалфея. Длительность курса не менее трёх недель. Сеанс профессиональной контролируемой гигиены полости рта осуществляют не ранее чем через месяц после снятия швов, затем повторяют ежеквартально. В послеоперационном периоде каких-либо осложнений у пациентов не выявлено, заживление операционной раны происходило первичным натяжением. При наблюдении пациентов в сроки от 1-2 года выявлено частичное восстановление костной ткани челюстей, в отдалённые после лечения сроки (до 20 лет) отмечались случаи обострения воспалительного процесса, которые купировались местным лечением.

Вывод: таким образом, возможно успешное реконструктивное хирургическое лечение в составе комплексной терапии патологии пародонта при компенсированном

сахарном диабете легкой и средней степени при условии тесного сотрудничества с врачом-эндокринологом и проведении курса ГБО (В.Н. Балин и соавт, 1999; Ковалевский А.М., 2015).

Литература

1. Балин В.Н. Хирургическое лечение идиопатической патологии пародонта при инсулиннезависимом сахарном диабете. / В.Н. Балин, А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский. Пародонтология. 1999. № 1. С. 11-13.

2. Иванов, В.С. Заболевания пародонта / В.С. Иванов. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001. 299 с.

3. Факультетская стоматология: руководство для врачей-стоматологов / Под ред. А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевского. М.: СИМК, 2015. 504 с.

ВИТАМИННЫЙ КОМПЛЕКС МИЛЬГАММА И ОБОСНОВАНИЕ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРЕСТЕЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Кулик И.В.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: парестезии слизистой оболочки полости рта, мильгамма

VITAMIN COMPLEX OF MILGMUM AND JUSTIFICATION OF ITAAPPLICATIONS IN INTEGRATED TREATMENT OF PARASTESIA OF THE MULTIPLE SHELL OF THE MOUTH

Kulik I.V.

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

St. Petersburg, Russian Federation

Keywords: paresthesia of the oral mucosa, milgamma

Введение: Большой удельный вес болевых синдромов лица неврогенного происхождения, их мучительный характер, проблемы диагностики и лечения, особенно в амбулаторно-поликлинической практике, определяют значимость этой патологии в научном и практическом плане. Распространенность такого неврогенного заболевания челюстно-лицевой области, как парестезия слизистой оболочки рта (СОР), среди пациентов с хроническими болевыми синдромами лица и полости рта составляет по данным разных авторов от 14 до 26 % (Харитоновна М.П., Ронь Г.Н., 2000; Barthiw T.P., Rynn B.R., 1994) и наблюдается в основном у людей пожилого возраста, имеющих большое количество фоновых заболеваний.

Актуальность проблемы определяется не только распространенностью данного заболевания, тяжестью течения и высокой психоэмоциональной ранимостью этой группы больных, но и наличием сопутствующей сердечно-сосудистой и неврологической патологии, утяжеляющей течение заболевания. Сама слизистая оболочка сохраняется без видимых патологических изменений, нарушения происходят в системе кровоснабжения и иннервации слизистой оболочки.

Парестезию можно рассматривать как нейропатию с вовлечением периферических и центральных структур нервной системы. Поэтому в лечении таких пациентов широко применяются нейротропные средства. Одним из таких препаратов является мильгамма, в состав которой входит комплекс нейротропных витаминов группы В (В1, В6, В12), быстро улучшающих обмен веществ и энергии в нервной ткани при патологических состояниях, стимулирующих регенерацию нервной ткани и улучшающих периферическое кровообращение. Показаниями для применения мильгаммы являются: симптоматическое лечение заболеваний нервной системы различного происхождения, в том числе поражения тройничного нерва (G50); системные неврологические заболевания, обусловленные доказанным дефицитом витаминов В1, В6.

Все вышеперечисленное дало нам возможность использовать препарата мильгамма в лечении больных парестезией СОР.

Цель исследования: Оценить эффективность лечения больных парестезией СОР при включении в терапевтическую схему препарата мильгамма.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находилось 40 больных парестезией слизистой оболочки рта (женщин в возрасте 60 лет и старше с давностью заболевания от 2х месяцев до 12 лет). Также была обследована группа контроля (10 человек) - женщины того же возраста без парестезии СОР.

У всех наблюдаемых пациентов отмечалась полиморбидность. У всех больных (100%) выявлены ранее возникшие функциональные и органические нарушения ЦНС, патология ССС, ЖКТ, опорно-двигательной системы, и их разнообразные сочетания. Однако пациенты с парестезией СОР имели показатель среднего количества фоновой патологии на одного человека $8,78 \pm 0,85$, что достоверно выше ($P < 0,05$), чем в контрольной группе - $3,66 \pm 0,21$ нозологических единиц на одного человека.

Лечение начинали с 2 мл мильгаммы внутримышечно 1 раз ежедневно №10. Затем переходили на поддерживающую терапию – перорально - по 1 драже в день в течение месяца. Прием таблеток - внутрь запивая достаточным количеством жидкости. Курс лечения - не менее 1 месяца.

Результаты и обсуждение: В результате применения мильгаммы пациенты с парестезией отмечали субъективное улучшение общего самочувствия и уменьшение интенсивности парестетических ощущений. Так, 5 больных до курса лечения оценивали интенсивность парестетических ощущений в 10 баллов, а по окончании курса - в 5 баллов; 8 больных до начала лечения - 7 баллов, а после - 3 балла. Оставшиеся 27 пациентов до начала лечения оценивали интенсивность жжения в 5 баллов, а по окончании лечения - в 2 балла (15 человек), 1 балл - 4 человека, 0 баллов - 3 человека; у 5 больных сила жжения осталась неизменной.

Выводы: Таким образом, мильгамма, как лекарственное средство, ускоряющее регенерацию нервной ткани и усиливающее кровоснабжение, может быть рекомендовано в качестве препарат выбора в лечении парестезии слизистой оболочки рта.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
СКЕЙЛИНГА НАПРАВЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ (ВЕКТОР-ТЕРАПИЯ) В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.**

Кулик И.В., Хромова Е.А., Евсева И.К., Саханов А.А., Ильина Л.П.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, сахарный диабет 2 типа, микрофлора пародонтального кармана.

**ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF USING ULTRASONIC SCALE OF
DIRECTED ACTION (VECTOR THERAPY) IN COMPLEX TREATMENT
OF INFLAMMATORY DISEASES OF PARODONT
IN PATIENTS WITH SUGAR DIABETES OF 2 TYPES.**

Kulik I.V., Khromova E.A., Evseeva I.K., Sakhanov A.A., Ilyina L.P.

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

St. Petersburg, Russian Federation

Keywords: chronic generalized periodontitis of middle to severe rate, diabetes mellitus complications diabetes, microflora of periodontal poskets.

Цель исследования: оценка эффективности применения ультразвукового скейлинга направленного действия (Вектор-терапия) в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Под наблюдением находились 25 человек с хроническим генерализованным пародонтитом средней и средне-тяжелой степени на фоне сахарного диабета 2 типа. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 1,2$ года. В зависимости от применяемого лечения пациенты были разделены на 2 группы: основную – 13 человек и группу сравнения – 12 человек, сопоставимые по полу, возрасту и уровню сахара в крови. Всем пациентам проводился курс медикаментозной терапии и снятие над- и поддесневых зубных отложений ультразвуковым аппаратом. [3] Пациентам основной группы дополнительно в лечение включали Вектор-терапию.

Эффективность проводимого лечения оценивали по динамике клинических изменений и на основании объективных показателей: индекса РМА (Parma, 1960) и индекса кровоточивости десневой борозды Мюлеманна в модификации Коуэла, которые определяли перед началом лечения, через 7 дней, 1 мес., 3мес. [1, 2, 4, 5]

Результаты. После проведенного лечения у пациентов основной группы отмечалось более значительное уменьшение воспалительных явлений в тканях пародонта (кровоточивости, отека, болезненности), что подтверждалось объективными данными: через 7 дней индекс РМА снизился с $58,2 \pm 1,3\%$ до $6,4 \pm 0,8\%$, индекс кровоточивости уменьшился с $2,8 \pm 0,2$ баллов до $0,3 \pm 0,01$ балла.

В группе сравнения изменение индексов через 7 дней носило менее выраженный характер: индекс РМА снизился с $59,6 \pm 1,7\%$ до $15,3 \pm 0,9\%$, индекс Мюлеманна – с $2,7 \pm 0,6$ баллов до $1,2 \pm 0,4$ балла.

При обследовании через месяц результаты лечения в основной группе сохранились на том же уровне: индекс РМА составил $5,9 \pm 0,4\%$, индекс Мюлеманна $0,3 \pm 0,02$ балла.

Пациенты группы сравнения через месяц жаловались на кровоточивость десен, при осмотре отмечались гиперемия и отечность десневых сосочков. Индекс РМА составил $18,6 \pm 1,3\%$, индекс кровоточивости – $1,8 \pm 0,7$ балла. Через 3 месяца, как в основной группе, так и в группе сравнения проходило ухудшение показателей: в основной группе индекс кровоточивости составил 1,6 баллов. В группе сравнения – 2 балла. РМА в основной группе – 16%, группе сравнения – 28%

Выводы. Результаты исследования показали эффективность и целесообразность использования ультразвукового скейлинга направленного действия (Вектор-терапия) в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Ухудшение результатов лечения к 3 месяцу свидетельствует о том, что применение только данной методики лечения является недостаточной для

подавления микрофлоры пародонтального кармана и купирования воспаления в тканях пародонта и требует назначения антибактериальных препаратов системного действия.

Литература

1. Афонасьев У.В., Соловьева А.М., Афиногенов Г.Е./ Роль микробного фактора в развитии начальных форм воспалительных заболеваний пародонта // Клинический имплантологический и стоматологический журнал. – 2001. - №3-4. – С. 81-84.

2. Дуныгина Т.М., Bauermeister С.Д. / Значение исследования «маркерных» микроорганизмов поддесневой зубной бляшки на пародонтологическом приеме.// Пародонтология. - 2000. - №4. – С. 12-14.

3. Мороз Б.Т., Хромова Е.А., Шустов С.Б., Бойко И.Н., Умаров С.З. Новые технологии в оперативной пародонтологии в комплексном лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа. СПб-М.:ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА»». 2008.-160 с.

4. Мороз Б.Т., Евсеева И.К., Хромова Е.А., Ильина Л.П., Кулик И.В. /Сравнительная оценка различных вариантов комплексного лечения заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. // XVIII Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. «Новые технологии»: Материалы конф. – СПб., 2013. – С.

5. Тец В.В., Орехова Л.Ю., Доморад А.А., Яковлева О.М., Щербакова Д.С., Кучумова О.К., Левкович Д.В., Томсон Н.В. / Распространение возбудителей соматических заболеваний в нормальной микрофлоре ротовой полости // Пародонтология. – 2007. - №4. – С. 9-12.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ДЕСКВАМАТИВНЫМ ГИНГИВИТОМ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кулик И.В., Хромова Е.А., Евсеева И.К., Саханов А.А., Ильина Л.П.

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: красный плоский лишай, гингивит, сахарный диабет

INCREASE OF EFFICIENCY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH RED FLAT DEPRIVED, SUPPORTED BY DESMOVATIVE GINGUTISM IN PATIENTS WITH SUGAR DIABETES

I.V. Kulik, E.A. Khromova, I.K.Evseeva, A.A. Sakhanov, L.P. Ilyina

St. Petersburg, Russian Federation

Keywords: red flat lichen, gingivitis, diabetes mellitus

Актуальность исследования. Красный плоский лишай – это хроническое воспалительное заболевание, сопровождающееся гиперкератозом. Распространенность красного плоского лишая среди других заболеваний слизистой оболочки рта составляет 10-35%. Из всех форм красного плоского лишая наибольшие сложности в лечении существуют у пациентов с эрозивно-язвенной формой, сопровождающейся десквамативным гингивитом. Данная форма заболевания чаще всего встречается у больных сахарным диабетом и у пациентов с синдромом Гриншпана - сочетанием сахарного диабета, красного плоского лишая и гипертонической болезни.

Цель исследования: повышение эффективности лечения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, сопровождающегося десквамативным гингивитом у больных сахарным диабетом и с синдромом Гриншпана.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 30 больных красным плоским лишаем, сопровождающимся десквамативным гингивитом (в возрасте от 35 до 55 лет, с давностью заболевания от 3 месяцев до 4 лет). Пациенты были разделены на 3 группы по 10 человек: 1 группа -пациенты с красным плоским лишаем, сопровождающимся десквамативным без сахарного диабета; 2 группа - пациенты с красным плоским лишаем, сопровождающимся десквамативным с сахарным диабетом или с синдромом Гриншпана, 3 группа - контрольная - также пациенты с красным плоским лишаем, сопровождающимся десквамативным без сахарного диабета. В контрольной группе (10 человек) проводилось лечение общепринятыми препаратами местного действия. В группах сравнения 1 и 2 (по 10 человек) проводилось сочетанное лечение препаратами местного действия и препаратами общего действия (ликопид и далагил).

Во всех группах лечение начинали с устранения местных раздражающих факторов (курение, алкоголь, острая и горячая пища, раздражающая пища) и санации полости рта. Всем пациентам было рекомендовано лечение сопутствующей соматической патологии и наблюдение у врачей-интернистов.

В третьей группе (контрольной) лечение проводили общепринятыми препаратами местного действия - ванночками растворами антисептиков (риванол, гексорал, тантум-верде), для обезболивания применяли – ванночки 0,1 % раствором димедрола, для снятия отека - ванночки вяжущими, дубящими отварами трав (шалфей, ромашка, зверобой), для эпителизации - эпителизирующие мази (солкосерил, камистад, холисал).

В лечение пациентов первой и второй групп были добавлены препараты общего действия - лекарственный препарат антихингаминового ряда далагил (по 1 таблетке 2

раза в день на 3 недели) и иммунокорректор «Ликопид» (по 10 мг 2 раза в день на 10 дней).

Результаты: По результатам лечения через 3 недели у пациентов 3 группы наблюдалось снижение интенсивности воспаления, уменьшение болезненных ощущений и эпителизация эрозий на слизистой оболочке щек. Однако у 8 пациентов из 10 сохранялось воспаление тканей десневого края, сопровождаемое отёком, гиперемией и десквамацией поверхностного эпителия.

В первой группе также наблюдалась положительная динамика, характеризующаяся снижением интенсивности воспалительного процесса, уменьшением болезненных ощущений и эпителизацией эрозий. Состояние десневого края было намного лучше, чем у пациентов 3й группы. Только у 2 пациентов из 10 сохранялась гиперемия и десквамация в области прикрепленной десны. У 4 пациентов - сохранялась незначительная гиперемия десневого края. У 4 пациентов - признаков десквамативного гингивита не наблюдалось.

Результаты лечения во второй группе были похожи на таковые в первой, однако они были несколько хуже. Так, положительная динамика, характеризующаяся снижением интенсивности воспалительного процесса, уменьшением болезненных ощущений и эпителизацией эрозий наблюдалась у 7 человек, но только у 2 пациентов признаков десквамативного гингивита не наблюдалось, у 3 пациентов положительной динамики не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, результаты проведенного исследования показали необходимость сочетанного (общего и местного) лечения пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, сопровождающегося десквамативным гингивитом. Особенно важно назначение таких препаратов для лечения пациентов, имеющих в анамнезе сахарный диабет или синдром Гриншпана. Для лечения могут быть рекомендованы препараты антихингаминового ряда (делагил) в сочетании с иммунокорректором (ликопид).

БИОМЕТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТАГРЕССИВНЫХ АДАПТАЦОННЫХ РЕАКЦИЙ (ПАР) У БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Мадай Д.Ю.^{1.}, Удальцова Н.А.^{1,2.}, Окунев М.А.^{2.}, Мадай О.Д.^{1.}, Сидоров П.С.^{1.}

ФГБОУ ВО «СПб ГУ»¹, СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»²

Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: сахарный диабет, пародонтит, постагрессивные адаптационные реакции

**BIOMETRIC ASPECTS POSTPRESSING
ADAPTATIONNYKH REACTIONS (PAR) PATIENTS
WITH PERIODONTITIS AND DIABETES MELLITUS TYPE II**

Maday D. U¹., Udaltsova N. A^{1,2}., Okunev, M. A. ², Maday, O. D¹., Sidorov P. C¹.

FGBOU VO "SPb GU"¹, SPb GBUZ "Dental clinic № 29"²

Saint Petersburg, Russia

Keywords: diabetes mellitus, periodontitis, postaggressive adaptive response

Цель. Определение биометрических постагрессивных адаптационных реакций (ПАР) у пациентов, имеющих пародонтит и страдающих сахарным диабетом 2 типа.

Результаты исследования. В 1-е сутки наблюдения у всей совокупности больных характер течения ПАР, главным образом был обусловлен влиянием следующих биологических реакций, которые, как оказалось при математическом анализе, имели достаточно высокие "долевые" вклады:

- а. высокий уровень IgA с долевым вкладом 1.256;
- б. низкий уровень SS/SH с долевым вкладом 1.185;
- в. низкий уровень РТМЛ с конкав. А с долевым вкладом 1.031;
- г. высокий уровень лейкоцитоза с долевым вкладом 1,009.

Характер течения ПАР у всех больных мы принимаем условно, как I-й фактор (или синдром). В наших исследованиях общий долевого вклад этого синдрома в общую структуру ПАР составил 5.905. Это означает, что более 50% долевого участия в структурировании ПАР занимает 1-й синдром.

В основу II фактора или синдрома, характеризующего условно интенсивность процесса репарации и регенерации в эти же сроки наблюдения, составили следующие признаки с соответствующим «долевым» участием:

- а. высокий уровень местной ферментативной активности – долевого вклад 1.090;
- б. моноцитопения - долевого вклад 0.791;
- в. лимфопения - долевого вклад 0.568.

В целом, долевого вклад этого фактора в общей структуре ПАР в начальные сроки наблюдения составил около 1.427.

Выводы. Данные уровни перечисленных выше показателей стали основой комплексной коррекции ПАР, возникающий у больных как унитарная, неспецифическая реакция на повреждение и направленная на компенсацию

нарушенных функций. Уровень ЛИИ стал основным ориентировочным критерием оценки фаз волевических нарушений и назначения адекватной инфузионной терапии.

Проводя оценку эффективности применяемого метода коррекции ПАР нам удалось объективно определить благоприятный характер течения ПАР со снижением интенсивности катаболических (разрушающих) процессов по снижению долевого вклада I-го синдрома (Expl.Var) до 4.814 и повышению долевого вклада II-го синдрома до 1.943.

В целом, клинические наблюдения и исследования ряда показателей течения ПАР и выявленный характер их кооперативных связей свидетельствуют о целесообразности данной методики для широкого практического применения.

ЭНДОДОНТОПАРОДОНТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ – КОМОРБИДНОСТЬ – ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Мороз П.В.¹, Гук В.А.², Иорданишвили А.К.³

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, ²ООО «Альфа-Дент», ³ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России
Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург, Россия

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

ENDODONTOPARODONTALNY LESIONS – COMORBIDITY – MEDICAL EXAMINATION

Moroz P.V.¹, Guk V.A.², Iordanishvili A.K.³

¹The Rostov State Medical University, Rostov; ²ООО "Alfa-dent",
³North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
Rostov-na-Donu, Saint-Petersburg, Russian Federation

Keywords: diseases of a parodont, pulp pathology, endodontoparodontalny lesions, chronic centers of a dontogenous infection.

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 [1].

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

«эндодонтопародонтального синдрома», одним из проявлений которого является начало воспаления в пульпе и корневых каналах, а затем переход его на ткани пародонта [2]. Находясь у истоков формирования и активного использования термина «эндодонтопародонтальный синдром», на настоящем этапе считаем более грамотным использование термина «эндодонтопародонтальные поражения», подчеркивающего взаимообусловленность и двусторонний характер непрерывной связи между воспалением эндодонта и пародонта [3].

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 проведенного 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 встречаются 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

Литература

1. Иорданишвили А.К., Салманов И.Б. Эндодонтия: эффективность и качество лечения. СПб.: Изд-во «Человек», 2016. 132 с.
2. Иорданишвили А.К., Мороз П.В. Эндодонтопародонтальные поражения жевательного аппарата и их лечение: учебное пособие. СПб. Изд-во «Человек», 2017. 80 с.
3. Хромова Е.В., Удальцова Е.В., Волкова Т.В., Присяжнюк О.В., Иорданишвили А.К. Особенности патологии твёрдых тканей зубов у взрослых пациентов с сахарным диабетом второго типа // Институт стоматологии. 2016. № 3 (72). С. 32 – 34.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА.

Никитин В.С.¹, Антонова И. Н.¹, Бабенко А. Ю.²

¹Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, ²НИЛ диабетологии института эндокринологии ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: Сахарный диабет 2 типа, СД2, дентальная имплантация, костная ткань, ингибиторы ДПП-4.

DENTAL IMPLANT TREATMENT FEATURES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Nikitin V.S.¹, Antonova I.N.¹, Babenko A.Y.²

¹Department of dentistry, First Medical State University named after I.P.Pavlov,
²Almazov Federal Medical Research Centre,
Saint – Petersburg, Russian Federation

Key words: diabetes mellitus, dental implantation, bone tissue, DPP-4 inhibitors.

Актуальность проблемы. Сахарный диабет 2 типа (СД 2) является социально-значимым заболеванием, определяющим клинический подход к лечению пациентов, страдающих отсутствием зубов. В настоящее время проведен ряд исследований, показывающий определенные результаты в имплантологической терапии данной группы больных. Особенно важным аспектом, влияющим на успех лечения, является понимание характера изменений, происходящих в костной ткани, и изучение фармакологического действия различных групп препаратов, назначаемых при СД 2.

Цель исследования: Оптимизация междисциплинарного подхода к оказанию стоматологической помощи пациентам с СД 2.

Задачи исследования: Изучить данные о влиянии современных схем сахароснижающей терапии на костную ткань. Провести анализ исследований эффективности дентальной имплантации у пациентов с СД 2.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 82 публикаций, из которых 6 отечественные, 76 – зарубежные. На основании полученных данных сформулированы особенности междисциплинарного подхода к терапии пациентов с вышеописанной патологией.

Выводы:

1. Полученные данные неоднозначны. Осложнения имплантологического лечения могут быть связаны с отсутствием корректного метаболического контроля, при котором эпизоды гипергликемии могут повлиять на исходы имплантологического лечения.

2. Включение в терапию СД 2 препаратов ингибиторов дипептидилпептидазы-4 оказывает наиболее положительное влияние на костную ткань, в сравнении с традиционными схемами сахароснижающей терапии, что выражается в снижении риска патологических переломов.

**КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА
У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ САХАРНОГО
ДИАБЕТА.**

Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Александрова А.А., Посохова Э.В., Машкина И.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, кафедра стоматологии терапевтической
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: сахарный диабет, беременность, цитологическая картина, пародонтальное пространство.

**CLINICAL AND LABORATORY ASSESSMENT OF THE ORAL CAVITY
CONDITION IN PREGNANT WOMEN WITH DIFFERENT TYPES
OF DIABETES MELLITUS.**

Orekhova L.Y., Musaeva R.S., Aleksandrova A.A., Posokhova E.V., Mashkina I.V.

FSBEI HE I.P.Pavlov SPbSMU MOH Russia
St. Petersburg, Russia

Key words: diabetes mellitus, pregnancy, cytology view, periodontal space.

Введение. Одним из основных соматических заболеваний, которому в настоящее время уделяется особое внимание из-за увеличения с каждым годом его распространенности, является сахарный диабет (СД). К возникновению данного

заболевания приводит множество причин: наследственная предрасположенность, стрессовое воздействие на организм, нарушение работы внутренних органов и т.д. [3]. Во время беременности все эти факторы оказывают усиленное влияние на организм женщины, в результате чего меняется ее гормональный фон, что ведет к изменению стоматологического статуса [1]. У беременных женщин (БЖ) с СД увеличивается риск развития воспалительных заболеваний пародонта, что может неблагоприятно сказываться как на общем состоянии пациентки, так и на внутриутробном развитии плода [2].

Цель исследования: Провести сравнительную оценку стоматологического статуса БЖ с различными типами СД.

Материалы и методы. На клинических базах кафедры стоматологии терапевтической ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и ФГБНУ "НИИ АГиР им. Д.О. Отта" было проведено комплексное обследование 110 БЖ с диагнозом СД. На основании диагноза, установленного врачами эндокринологами и акушерами-гинекологами, пациентки были разделены на 4 группы: 1 – 26 чел. - БЖ с гестационным СД (ГСД), 2 – 30 чел. - БЖ с СД 1 типа, 3 – 27 чел. - БЖ с СД 2 типа и 4 – 27 чел. – БЖ без СД (контрольная группа). Обследование включало в себя клинические методы исследования (опрос; осмотр полости рта; определение стоматологического индекса КПУ, гигиенических индексов ОНI-S и Silness-Loe, индекса РМА и индекса кровоточивости Muhlemann) и лабораторные методы исследования (изучение микробиологической и цитологической картины содержимого пародонтального пространства).

Результаты. По данным опроса известно, что БЖ с СД чаще всего беспокоит неприятный запах изо рта (27,41%), кровоточивость десен при чистке зубов (33,9%) и сухость в полости рта (26%). Во время клинического осмотра было выявлено, что наиболее часто гиперемия (50%) и гипертрофия (21,1%) десневого края наблюдается у пациенток с СД 2 типа, а отечность – у женщин с ГСД (35,9%). Нами была обнаружена прямая зависимость между значениями индекса КПУ и гигиеническими индексами у данных групп пациенток: наибольшие показатели имеют обследуемые с СД 2 типа, а наименьшие – без СД. Максимальные значения индекса РМА (51,34%) и индекса кровоточивости (1,52 б.) также были выявлены у БЖ с СД 2 типа. В наибольшей степени микроорганизмы нормофлоры представлены у больных СД 1 типа. Условно-патогенные микроорганизмы *N.flavescens*, *R.dentocariosa*, *R.mucilaginoso*, *Str.mitis*, *A.oris* чаще высеиваются у беременных с СД 2 типа, а патогенный микроорганизм *F.nucleatum* преобладает у беременных с ГСД и СД 1 типа. Цитологическая картина

представлена преобладанием воспалительного типа цитограммы у всех БЖ с СД, но в особенности у пациенток с СД 1 типа. Атрофичный тип эпителия чаще всего встречается у БЖ с ГСД, а субатрофичный – у СД 1 типа. Дистрофические изменения многослойного плоского эпителия наблюдаются чаще у БЖ с СД 1 типа, а реактивные – у женщин с СД 2 типа.

Выводы: У пациенток с СД 2 типа значения стоматологических индексов значительно выше, чем у пациенток с СД 1 типа и ГСД. У БЖ с СД увеличена распространенность аэробной и анаэробной флоры в сравнении с контрольной группой, причем выявлены существенные различия в составе микрофлоры у пациенток с различными типами СД, что важно знать врачу стоматологу для выбора тактики лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Список литературы.

- 1) Дубровская М.В., Еремин О.В., Савина Е.А., Иващенко Ю.Ю., Минасян А.М. Факторы риска при формировании заболеваний пародонта у беременных // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. С. 383–386
- 2) Есаян, З.В., Роль местных и общих эндокринных и иммунных расстройств в патогенезе болезней пародонта у беременных и лиц пубертатного возраста: дисс доктора мед. наук. 14.00.12 – Стоматология. М., 2006. – 63 с.
- 3) Орехова Л. Ю., Горбачева И. А., Шестакова Л. А.. Метаболические аспекты патогенеза воспалительных заболеваний у больных сахарным диабетом. // Пародонтология. №3 (64) 2012. – С.7-11.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И РЕСТАВРАЦИЙ ПРИШЕЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Пихур О.Л.¹, Михайлова Е.С.²

¹ Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,

² Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: профессиональная гигиена полости рта, твердые ткани зуба, пришеечные реставрации

THE INFLUENCE OF PROFESSIONAL ORAL HYGIENE ON THE STATE OF HARD TISSUE OF TEETH AND RESTORATION OF THE CERVICAL LOCALIZATION

Pikhur O.L.¹, Mikhailova E.S.²

Keywords: professional oral hygiene, hard tooth tissues, cervical restorations

В последние годы отмечается рост числа эстетических реставраций в цервикальной зоне, как передней, так и боковых групп зубов. [1] Данные реставрации возмещали дефекты, связанные с наличием некариозных поражений твердых тканей зуба или с кариозным процессом в пришеечной области. [2, 4] Профессиональная гигиена полости рта (ПГПР) является важнейшим и неотъемлемым этапом как гигиены полости рта, так и любых стоматологических лечебных мероприятий. Использование различных ручных и механических инструментов в ходе проведения ПГПР как части комплексного лечения пациентов неизбежно влияет на состояние реставраций придесневой локализации. [3]

Целью настоящего исследования является оценка влияния ПГПР на состояние твердых тканей зубов и реставраций пришеечной локализации.

Материалы и методы исследования. Методом растровой (сканирующей) электронной микроскопии (растровый электронный микроскоп «АВТ-55», производство Японии) в диапазоне увеличений от 10 до 2500 крат проведено изучение поверхности 34 образцов зубов, относящихся к следующим группам: 1 – зубы с пломбой из компомера после обработки ультразвуковым скейлером; 2 – зубы с пломбой из компомера после обработки воздушно-абразивной системой; 3 – зубы с пломбой из компомера после обработки ручным пародонтологическим инструментом (кюретой); 4 – контрольные образцы.

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что внешний вид поверхности зубов отличается в зависимости от использованного метода ПГПР. После обработки поверхности зубов с пломбами из компомера ультразвуковым скейлером, ручным пародонтологическим инструментом и воздушно-абразивной системой микрорельеф поверхности пломбы, а также прилегающих к пломбе эмали и цемента не сохраняется. Использованные методы обработки изменяют структуру поверхности с формированием неровностей, царапин, выбоин, сколов, трещин в области эмали и пломбы, нарушения краевого прилегания пломбы.

Наиболее грубые деформации на поверхности эмали, цемента, пломбы, на границе «эмаль-пломба-цемент» возникают после обработки поверхности ультразвуковым скейлером. На втором месте находятся нарушения поверхности, возникающие после воздействия воздушно-абразивной системы, на третьем – после обработки ручным пародонтологическим инструментом.

Заключение. Таким образом, необходимо соблюдать частоту проведения ПГПР с учетом применения различных методов профессиональной гигиены полости рта, внимательно относиться к полировке поверхности зубов и пломб после использования ультразвуковых скейлеров, ручных пародонтологических инструментов (кюрет) и воздушно-абразивных систем для профилактики повторного образования зубных отложений на месте шероховатой поверхности твердых тканей зуба и реставраций, необходимо периодически проводить тщательный осмотр полости рта пациентов после осуществления профессиональной гигиены полости рта не только для контроля гигиены полости рта, но и для оценки состояния реставраций, имеющих пришеечную локализацию.

Список литературы.

1. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2001 – 214 с.
2. Орехова Л.Ю., Кучумова Е.Д., Стюф Я.В., Киселев А.В. Основы профессиональной гигиены полости рта. – СПб., 2004. – 56 с.
3. Терапевтическая стоматология / Под ред. Е.В.Боровского. – М.: МедИнфорАгентство, 2003. – 840с.
4. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. – М.: МедПресИнформ, 2008. – 272 с.

ПРОФИЛАКТИКА АЛЬВЕОЛИТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Пономарев А.А.¹, Коровин Н.В.², Лысков Н.В.²

¹Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород, ²СЗГМУ им. И.И. Мечникова
г. Белгород, г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: альвеолит, удаление зуба, сахарный диабет 2 типа, лечение альвеолита, периодонтит, пародонтит, периостит, ретенция зуба, осложнения удаления зуба.

PROPHYLAXIS OF THE ALVEOLITIS AT THE PATIENTS SUFFERING FROM THE DIABETES MELLITUS OF SECOND TYPE

A.A. Ponomarev¹, N.V. Korovin², N.V. Lyskov²

¹Belgorod National Research University, Belgorod, ²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, S.M. Kirov's Military Medical Academy,
Belgorod, Saint-Petersburg, Russia

Keywords: alveolitis, tooth extraction, diabetes mellitus of second type, treatment of an alveolitis, periodontitis, periodontitis, periostitis, retention of tooth, complications of tooth extraction.

Цель исследования. Разработать способ профилактики инфекционно-воспалительных осложнений, возникающих после операции удаления зуба у лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа, а также оценить его эффективность.

Материал и методы исследования. Проведено клиническое исследование на 103 пациентах в возрасте от 28 до 65 лет, страдающих СД 2 типа и нуждающихся в хирургической санации полости рта. Операция удаления зуба по общепринятой методике была выполнена всем пациентам. В зависимости от ухода за лункой непосредственно после удаления зуба пациенты были разделены на 2 группы: основную и контрольную. В контрольную группу вошли 25 (9 мужчин и 16 женщин) человек в возрасте от 28 до 62 лет, у которых были удалены 25 зубов. В основную группу вошли 37 в возрасте от 29 до 65 лет, у которых было удалено 37 зубов.

Для профилактики возникновения альвеолита в основной группе пациентов, страдающих СД 2 типа использовали биodeградируемый гидрогель «Аргакол», который выдавливали из тубика объёмом 35 граммов и вносили на кровяной сгусток, располагающийся в лунке удалённого. Обычно плёнка над поверхностью лунки удалённого зуба образовывалась за 3 – 7 минут. В состав аргакола, согласно инструкции производителя, входят: гидролизат коллагена, натриевая соль альгиновой кислоты, антисептики с различными механизмами действия, а также гипохлорид натрия, глицерин, а в качестве консервантов – нипагин и нипазол.

Оценку эффективности предложенного способа профилактики возникновения альвеолита оценивали по частоте встречаемости данного осложнения у лиц основной и контрольной групп, а также по тяжести течения возникшего альвеолита [2].

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием программы - «Statistica for Windows v.6.0». Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$. Случаи, когда значения вероятности показателя «р» находились в диапазоне от 0,05 до 0,10 – расценивали как «наличие тенденции».

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе клинического исследования была установлена частота встречаемости альвеолита в контрольной и основной группах. Так, в контрольной группе осложнения в виде альвеолита возникли у 17 (68,0%) пациентов. При этом чаще встречались средние и тяжёлые формы течения альвеолита. У лиц основной группы осложнения в виде альвеолита возникали реже – 11

(29,73%) пациентов. При этом чаще встречались лёгкие формы течения альвеолита. У лиц контрольной группы, среднее число посещений для лечения альвеолита и показатели нетрудоспособности, которая требовалась 11 (64,71%) пациентам, были, соответственно, $2,4 \pm 0,23$ посещения и $2,17 \pm 0,33$ суток, в то время как у лиц основной группы, среди которых нетрудоспособны были некоторое время только 2 (18,18%) человека, аналогичные показатели составили, соответственно, $0,72 \pm 0,34$ посещения и $1,08 \pm 0,27$ суток. Следует также отметить, что апробируемый биodeградируемый гидрогель аргакол проявлял не только бактерицидные, но и гемостатические, противовоспалительные и ранозаживляющие свойства.

Заключение. Анализ результатов проведённого клинического исследования позволяет заключить, что разработанный способ профилактики альвеолита после операции удаления зуба у лиц, страдающих СД 2 типа, с использованием биodeградируемого гидрогеля Аргакол (фирма R.O.C.S.) достаточно эффективен, так как позволил на 38,27% сократить частоту возникновения альвеолита после экстракции зубов. Учитывая положительный лечебный эффект от применения разработанного способа, а также простоту его выполнения, следует рекомендовать его применение в клинической практике врачей хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов при операциях удаления зуба для защиты кровяного сгустка у лиц, страдающих СД 2 типа.

Литература

1. Андреищев А.Р., Федосенко Т.Д. Осложнения прорезывания зубов // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области / Под ред. А.К.Иорданишвили. – СПб.: СпецЛит, 2007. – С. 115 – 146.
2. Гайворонский И.В., Иорданишвили А.К., Васильченко Г.А., Гайворонская М.Г., Пономарев А.А. Ретенция зубов мудрости нижней челюсти. – СПб.: Норммедиздат, 2011. – 142 с.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Солдатова Л.Н., Жмудь М.В., Жмудь О.Н., Переверзев В.С.,

Солдатов В.С., Иорданишвили А.К.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург; ООО «Альфа
дент»,

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 118»

Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: дети, сахарный диабет, стоматологическое здоровье детей, зубы, пародонт, гигиена полости рта, скрытое воспаление десны, зубная паста, микрокристаллизация слюны.

**DISEASES OF TEETH AND PARODONT AT THE CHILDREN
SUFFERING FROM THE DIABETES MELLITUS**

**Soldatova L.N., Zhmud M.V., Zhmud O.N., Pereverzev V.S.,
Soldatov V.S., Iordanishvili A.K.**

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; S. M. Kirov
Military Medical Academy, State-funded health institution city out-patient department № 118,
Saint-Petersburg, Russian Federation

Keywords: children, diabetes mellitus, dental health of children, teeth, parodonta, hygiene of an oral cavity, hidden inflammation of a gingiva, toothpaste, saliva microcrystallization.

Несмотря на осложнения сахарного диабета, недостаточно внимания уделяется повышению стоматологического здоровья детей, страдающих сахарным диабетом [1, 2, 3].

Цель исследования - изучить особенности стоматологического статуса у детей, страдающих сахарным диабетом и улучшить состояние тканей пародонта и уровень индивидуальной гигиены полости рта в процессе наблюдения у стоматолога.

Под динамическим наблюдением в течение года находились 59 (31 мальчик 28 девочек) детей в возрасте от 5 до 7 лет и проживающие в Санкт-Петербурге или Ленинградской области, которые были разделены на 3 группы. В 1 (контрольную) группу вошло 25 (13 мальчиков и 12 девочек) детей, которые не страдали сахарным диабетом I типа. После завершения им стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, их родителям была дана консультация по уходу за полостью рта у детей, в том числе по использованию зубных щёток и зубных паст. Во 2 группу вошли 15 (9 мальчиков и 6 девочек) человек, которые страдали сахарным диабетом I типа. Продолжительность заболевания, которое протекало в лёгкой или средней степени тяжести, составила в среднем 25 месяцев. После проведения им профессионального ухода за зубами и полостью рта и завершения лечебно-профилактических мероприятий в связи с кариесом зубов и болезнями пародонта, родителям также была дана консультация по уходу за зубами и полостью рта детей. Детей, вошедших во 2 группу, брали под динамическое наблюдение и проводили им стоматологические лечебно-профилактические мероприятия 2 раза в год. Третью группу составили 19 (9 мальчиков и 10 девочек) детей, которые страдали сахарным диабетом I типа. Продолжительность

заболевания, которое, как и у детей первой группы, протекало в лёгкой или средней степени тяжести, составила в среднем 28 месяцев. После проведения им профессионального ухода за зубами и полостью рта и завершения лечебно-профилактических мероприятий в связи с кариесом зубов и болезнями пародонта, родителям также была дана консультация по уходу за зубами и полостью рта детей. Детей 3 группы также брали под динамическое наблюдение и проводили им стоматологические лечебно-профилактические мероприятия 1 раз в квартал. Родители детей 3 группы также получали подробную консультацию по использованию средств по уходу за зубами и полостью рта. Дети трех исследуемых групп по завершении санации полости рта снабжались, согласно возрасту, зубными щётками «KIDS», экстрамягкая (R.O.C.S.), а также зубной пастой «PRO KIDS, Лесные ягоды» (R.O.C.S.), которая, кроме наногидроксиапатита кальция, обеспечивающего реминерализующую терапию, содержит экстракт жимолости.

Проведённое исследование по изучению особенностей стоматологического статуса у детей, страдающих сахарным диабетом I типа, позволило установить, что они чаще, чем здоровые дети, страдают воспалительной патологией пародонта (гингивит, пародонтит), а кариес зубов у них протекает более интенсивно, чем у детей, не имеющих соматических заболеваний. Для поддержания стоматологического здоровья детей, страдающих сахарным диабетом следует проводить подробный инструктаж родителей по правилам ухода за полостью рта и по оптимальному выбору средств для индивидуальной гигиены полости рта у детей. Кроме этого, необходимо у таких детей 1 раз в квартал осуществлять профессиональные стоматологические лечебно-профилактические мероприятия с использованием современных и эффективных средств по уходу за полостью рта с учётом их возраста.

Литература

1. Виноградова Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей. М.: Медицина, 1982. 160 с.
2. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Стоматологические заболевания у подростков // Подростковая медицина: рук-во для врачей / под ред. Л.И. Левиной, А.М. Куликова. СПб.: Питер, 2004. С. 462 – 475.
3. Смоляр Н.И., Годованец Л.В. Поражённость зубов и состояние тканей пародонта у детей, больных сахарным диабетом // Стоматология. 1988. Т. 67, № 6. С. 57 – 59.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМЕРНЫХ ОТХОДОВ В СОСТАВЕ ОТХОДОВ КЛАССА Б ОТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Сопрун Л.А., Мироненко О.В.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»

г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: медицинские отходы, полимеры

THE IMPORTANCE OF POLYMER WASTES IN THE COMPOSITION OF CLASS B WASTE FROM DENTAL MEDICAL ORGANIZATIONS

Soprun LA, Mironenko O.V.

Saint-Petersburg State University

Saint-Petersburg, Russia

Keywords: Medical waste, polymers

Актуальность проблемы. Синтетические полимеры нашли широкое применение во всех медицинских направлениях: в реконструктивно – восстановительной хирургии, травматологии, ортопедии, урологии, стоматологии, офтальмологии и другие. [1]. Так применение полимеров для изготовления изделий медицинской техники позволяет обеспечить серийный выпуск хирургического инструментария, предметов ухода за пациентами, специальной посуды, а также различных видов упаковок в том числе для проведения стерилизационно - дезинфекционных мероприятий, обладающих рядом преимуществ перед аналогичными изделиями из металлов и стекла. Полимеры это наиболее трудно поддающееся обеззараживанию фракция медицинских отходов. [2]. Все полимерные изделия в ЛПУ представлены несколькими видами пластика, а именно: полистирол, полипропилен, поливинилхлорид (ПВХ), полиамиды, полиэтилен. [1, 3]. Впервые нами был выполнен перерасчет количества полимерного материала в ЛПУ различного профиля. Был произведен анализ, образующегося полимерного материала в ЛПУ следующего профиля: государственные стоматологические организации (2 ЛПУ), частные организации здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Нами были определены различного вида полимерные фракции медицинских отходов в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения. Для коммерческих медицинских учреждений общее количество пластика в составе отходов класса Б составляет около $44\% \pm 0,5$. Что касается многопрофильных учреждений, то доля полимерных отходов составляет от $10,6\% \pm 0,5$ до $33,8\% \pm 0,5$. Для амбулаторно-поликлинических учреждений показатель общего количества полимерных отходов: от $8,6\% \pm 0,5$ до $16,4\% \pm 0,5$. В стоматологических учреждениях используются следующие виды пластика: полистирол (изготовлены:

слепочная ложка, шприц поршень, пылесос); полипропилен (изготовлены шприц цилиндр, рукоятка скальпеля); из поливинилхлоридного пластика изготовлены слюноотсосы. Нами были проведены натурные исследования по количественному и качественному определению полимерных материалов на стоматологических приёмах различного профиля. В результате данного эксперимента были определены следующие позиции: на стоматологический хирургический приём приходится - общее количество пластика: $28,9\% \pm 0,5$; ортопедический стоматологический приём - общее количество пластика: $14,2\% \pm 0,5$ на терапевтический приём - общее количество пластика: $24,73\% \pm 0,5$. Таким образом, в стоматологических учреждениях общее количество полимерных медицинских отходов класса Б составляет от $14,2\%$ до $28,9\%$.

Результаты и обсуждения. Далее нашей целью стало определение данного вида полимера (ПВХ) в медицинских отходах. Для коммерческих медицинских учреждений количество поливинилхлоридного пластика составляет – $2\% \pm 0,5$, для многопрофильных учреждений этот показатель равен: $1,1\%$ до $3\% \pm 0,5$; для амбулаторно-поликлинических учреждений количество ПВХ составляет: $0,8\% \pm 0,5$. Что касается стоматологических организаций, то данный показатель составляет следующие значения: на стоматологическом хирургическом приёме образуется $8,3\%$ ПВХ, на ортопедическом стоматологическом приёме $4,06\% \pm 0,5$ ПВХ, на терапевтическом приёме $8,6\% \pm 0,5$ ПВХ. Таким образом, в стоматологических учреждениях количество ПВХ в составе медицинских отходов класса Б составляет: от $4,06\%$ до $8,6\%$. Затем данные были подвергнуты статистической обработке и применен метод определения достоверности и определена статистическая ошибка.

Таблица №1. - Количество полимерных отходов, а именно пластика (поливинилхлорид (ПВХ), полистирол, полипропилен) в составе отходов класса Б

Профиль учреждения	Количество полимерных отходов	Количество ПВХ
Коммерческий сектор	$44,2\% \pm 0,5$	$2,1\% \pm 0,5$
Стоматологические учреждения	$14,2\%$ до $28,9\% \pm 0,5$	$4,06\%$ до $8,6\% \pm 0,5$
Многопрофильные учреждения	$10,6\%$ до $33,8\%$	$1,1\%$ до $3\% \pm 0,5$
Амбулаторно-поликлинические отделения	$8,6\%$ до $16,4\% \pm 0,5$	$0,8\% \pm 0,5$

Выводы. Было выявлено увеличение полимерной фракции морфологического состава медицинских отходов до $32,4\%$, по сравнению с 1996 годом, когда этот показатель составлял 3% . При этом количество ПВХ пластика в 2012 - 2013 годах в среднем составляет $1,65\%$ и может увеличиваться в зависимости от профиля лечебно-профилактической организации, так на стоматологический приём приходится до $8,06\%$ ПВХ.

Список литературы:

1. Мироненко О.В. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий в стоматологической практике – требования современной нормативной базы: Методические рекомендации, / Мироненко О.В., Григорьев В.А., Колосовская Е.Н., Климов А.Г., Сопрун, Л.А. – СПб., 2012 – 28 с.

2. Онищенко Г.Г. Санитарно-эпидемиологический надзор за ЛПУ и проблемы обращения с медицинскими отходами // Проблемы обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений: Сб. мат. V Междунар. Конф. — М.: 2009. — С. 5-12.

3. Ali Ferdowsi Certain Hospital Waste Management Practices in Isfahan. // Ali Ferdowsi, MasoudFerdosi, ZeinabMehrani, and ParisaNarenjkar. - Iran, 2012. - P.176-P.184.

**РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА В
ВОЗНИКНОВЕНИИ ПУЛЬПИТА У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Старковский К.И.^{1,2}, Михайлова А.В.², Толкачева С.В.²,
Николаева М.В.², Каминская Л. В.²**

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», ²СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: микрофлора, пародонтальный карман, пульпит, сахарный диабет II типа.

**THE ROLE OF GINGIVAL POCKET MICROFLORA IN PULPITIS
EMERGENCE OF THE PATIENT SUFFERING FROM TYPE II DIABETES
MELLITUS: CLINICAL CASE**

**Starkovskii K.I.^{1,2}, Mikhailova A.V.², Tolkacheva S.V.²,
Nikolaeva M.V.², Kaminskaia L.V.²**

¹Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, ²SPb GBUZ «Dental clinic №29»
Saint Petersburg, Russia

Keywords: microflora, gingival pocket, pulpitis, type II diabetes mellitus.

Введение. Заболевания пульпы зуба и тканей пародонта тесно взаимосвязаны между собой. [1, 4] Микрофлора пародонтальных карманов может повлиять на пульпу зуба и вызвать ретроградный пульпит. Переход воспалительного процесса между пульпой зуба и пародонтом был подтвержден многими клиническими примерами, а также данными микробиологических исследований, которые показали сходство в

бактериальном составе инфицированных корневых каналов и тканей пародонта. [2, 3] Несмотря на это сохраняется актуальность дальнейшего исследования взаимосвязи заболеваний пульпы зуба и пародонта.

Цель. На клиническом примере подтвердить роль микрофлоры пародонтального кармана в возникновении пульпита у пациента, страдающего сахарным диабетом II типа.

Материалы и методы. У пациентки П., 35 лет, страдающей сахарным диабетом II типа на основании данных объективного осмотра, электроодонтометрии и данных рентгенологического обследования поставлен диагноз: Обострение хронического пульпита 26 зуба; хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести. Был составлен план лечения, состоящий из двух этапов, включающий в себя в себя сначала эндодонтическое лечение 26 зуба, а затем лечение хронического пародонтита.

В первое посещение, после тщательного удаления зубной бляшки с поверхностей 26 зуба, был взят мазок из пародонтального с помощью стерильного бумажного штифта. После вскрытия полости зуба под местной анестезией и экстирпации пульпы из корневых каналов так же с помощью стерильных бумажных штифтов взяты мазки из трех корневых каналов. Мазки, взятые из пародонтального кармана и корневых каналов, помещены в транспортные среды и отправлены для проведения микробиологического исследования с использованием диско-диффузионного метода.

Во второе посещение проведено пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами с силером «Acroseal» (Septodont) и постановка пломбы из композиционного материала светового отверждения «Filtek Z250» (3M ESPE). На втором этапе лечения пациентке проведено хирургическое лечение пародонтита, заключающееся в проведении лоскутной операции.

Результаты. Виды бактерий, выделенные из мазков из трех корневых каналов, состоят из факультативных анаэробов (33%), облигатных анаэробов (53%) и аэробов (13%). Грамположительные кокки и палочки, грамотрицательные кокки и палочки составили 16% и 16%, 33% и 33% соответственно. Мазок, взятый из пародонтального кармана, состоял из факультативных анаэробов (40%), облигатных анаэробов (40%) и аэробов (20%). Грамположительные кокки и палочки, грамотрицательные кокки и палочки составляли 20% и 0%, и от 0% до 80% образцов, соответственно. Четыре штамма микроорганизмов, *Porphyromonas gingivalis*, *Eikenella corrodens*, *Lactococcus lactis*, *Haemophilus influenzae* были выявлены как в пародонтальном кармане, так и в корневых каналах. Примечательным является тот факт, что *Staphylococcus epidermidis*,

Parvimonas micra, Corynebacterium diphtheriae, и Bacillus coagulans были выявлены только в корневых каналах.

Выводы. В данном клиническом примере мы подтвердили, что пульпит был вызван прогрессированием хронического пародонтита: Porphyromonas gingivalis и Fusobacterium nucleatum были обнаружены как в пародонтальном кармане, так и в корневых каналах. Представленные результаты показывают, что проведение микробиологического исследования содержимого пародонтальных карманов и корневых каналов будет полезным для выявления этиологии заболеваний пульпы зуба и тканей пародонта, постановки и подтверждения диагноза.

Список литературы:

1. Бризено Б.Ю. Пародонтально-эндодонтические поражения // Клиническая стоматология. 2001. С. 24
2. Дмитриева, Л.А. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта / Л.А. Дмитриева, А.Г. Крайнова // Пародонтология. 2004. - № 1. - С. 8-15.
3. Канканян А.П. Болезни пародонта: новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении / А.П. Канканян, В.К. Леонтьев.- Ереван,1998.- 360 с.
4. Simon J.H., Glick D.H., Frank A.L. The relationship of endodontic-periodontic lesions. J. Periodontal, 2012, №43, p. 202–208.

КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Тытюк С.Ю., Шипицына М.С.

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №56», Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: кариес корня, пародонтит, рецессия десны, сахарный диабет.

THE ROOT CARIES WITH DIABETES.

S.Yu. Tytyuk, M.S. Shipitsyna

SPb GBUZ «City polyclinic №56»

Saint-Petersburg, Russia

Key words: root caries, periodontitis, gingival recession, diabetes mellitus.

Цель: установление частоты развития стоматологической патологии и степени нарушения иммунологических показателей ротовой жидкости у пациентов в зависимости от тяжести течения сахарного диабета.

Сахарный диабет довольно широко распространён в РФ. [1] К концу 2010 года было зарегистрировано почти 2,5 млн. человек, страдающих этим недугом. [2, 5]

Сахарный диабет является причиной развития многих заболеваний полости рта и появления дискомфорта: у больных диабетом в связи с повышенным уровнем глюкозы в крови и нарушением кровообращения в мягких тканях появляется ощущение сухости во рту, уменьшение слюноотделения, в ротовой полости активно растет количество патогенных микроорганизмов. [3, 6] Появляются изменения в структуре твердых тканей зуба, что приводит к развитию кариеса. Согласно данным экспертов ВОЗ, частота кариеса корня зуба у населения неуклонно растет, особенно у пациентов среднего и пожилого возраста (60-90%), и обусловлена дистрофическим процессом при заболеваниях пародонта или как следствие лечения. [4] В систематическом обзоре J.L. Leake указано, что ожидаемый уровень прироста кариеса корня среди населения старше 50 лет составляет не менее одной пораженной поверхности за год, что связывается с увеличением средней продолжительности жизни, неудовлетворительной гигиеной ротовой полости, недостатком эффективных методов профилактики рецессии десны, высокой частотой встречаемости болезней пародонта и др. Лица, страдающие сахарным диабетом, являются группой риска развития заболеваний пародонта, сопровождающихся образованием пародонтальных карманов, ксеростомией, плохой гигиеной полости рта, что в совокупности приводит к повышению частоты развития кариеса корня.

Выводы: пациентов с потерей зубодесневого соединения и рецессией десны следует динамически наблюдать с применением различных методов выявления кариеса корня и для профилактики факторов, способствующих его развитию.

Список используемой литературы:

- 1) Борисенко Л. Г., Леус П.А. // Стоматологический журнал.-2005.-№3.-С.4-11
- 2) Быков В. Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека. СПб: Специальная литература, 1996.-С.76, 92, 94, 101-103, 185-187, 201-202.
- 3) Казеко Л, А., Тимчук Я. И. Рецессия десны: учеб. – метод. пособие.-Мн.: МГМИ, 1998.-22С.
- 4) Мелконян К. Г. Кариес корня зуба как частная проблема терапии болезней пародонта // Стоматология для всех.-2004.-№1.-с. 22-23.
- 5) Чепуркова О. А. Клинико-лабораторная характеристика состояния органов и тканей полости рта у лиц, имеющих кариес корня зуба: Авт. реф. дисс. канд. мед. наук.- Омск, 2003.-15 с.
- 6) А.И.Грудянов О.А.Чепуркова Кариес корня “Институт стоматологии” в №3(20), 2013

СПОСОБ И УСТРОЙСТВО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ЗУБОВ ПОД РАЗНЫЕ ВИДЫ КОРОНОК

Фадеев Р.А.^{1,2}, Рыжова Д.В.^{2,3}

¹ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; ²СПб ИНСТОМ кафедра стоматологии
НовГУ им. Ярослава Мудрого, ³СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»
Великий Новгород, Санкт-Петербург, Россия.

Ключевые слова: способ, устройство, полезная модель, измерение углов
конвергенции.

METHOD AND DEVICE FOR DETERMINATION OF QUALITY OF PREPARATION OF TEETH FOR DIFFERENT TYPES OF CROWNS

Fadeev R.A.^{1,2}, Ryzhova D.M.^{2,3}

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; ²NovGU them.
Yaroslava Mudrogo, ³SPbGBUZ «Dental policlinic № 29»
Velikiy Novgorod, St. Petersburg, Russia.

Key words: method, device, a utility model, the convergence angle measurement.

Цель: измерение и контроль необходимого угла конвергенции боковых
поверхностей препарированных зубов к режущему краю или жевательной поверхности.

В целях рационального протезирования пациентов с заболеваниями пародонта и
для получения наиболее успешного результата протезирования крайне важно
максимально точное прилегание различных видов искусственных коронок к
препарированным зубам. [1, 5, 7] Для эффективного восстановления зубов
искусственными коронками необходимо соблюдать технологию изготовления коронок
и правила подготовки зубов под искусственные коронки, включая соблюдение
определенного угла конвергенции боковых поверхностей препарированных зубов к
режущему краю или жевательной поверхности.

Наложение (посадка) протеза на культю, препарированного под коронку зуба,
имеющую малую конусность, потребует значительных усилий и может привести к
деформации либо повреждению устанавливаемой коронки (конструкции). [2, 3]
Очевидно, что в случае установки конструкции на культю, препарированного под
коронку зуба, имеющую чрезмерную конусность, вышеуказанные негативные
последствия не возникают, но вместе с тем появляются условия к чрезмерно конусной
моделировке металлического каркаса опорной коронки и вследствие этого возможны
сколы покрытия в случае изготовления комбинированных (металлокерамических,
металлопластмассовых) конструкций. [4, 6] Кроме того, в случае не соблюдения
определенного угла конвергенции боковых поверхностей препарированных зубов не

обеспечивается необходимый уровень ретенции проводимой реставрации, что ухудшает фиксацию конструкции и может приводить к расцементировкам. Предлагаются способ и устройство (полезная модель) измерения угла конвергенции боковых поверхностей препарированных зубов к режущему краю или жевательной поверхности которые позволяют упростить другие известные способы, сократить время измерения и значительно снизить стоимость измерения угла конвергенции боковых поверхностей препарированных зубов к режущему краю или жевательной поверхности за счет отказа от использования дорогостоящих средств измерения и контроля, а так же допускает возможность привлечения к измерению персонала, не имеющего дополнительной специальной подготовки.

Описание способа: Суть способа определения качества подготовки зубов под разные виды коронок заключается в том, что с челюсти с областью, содержащей измеряемые зубы, снимается оттиск, который разрезается продольно либо поперечно, полученный срез оттиска обрабатывается красящим веществом и окрашенный срез отпечатывается на поверхности бумаги, при этом контур отпечатанного среза препарированного зуба дополнительно выделяется, по отпечатку среза производится измерение углов конвергенции боковых поверхностей препарированного зуба к режущему краю или жевательной поверхности. В качестве примера применения способа приводится оценка качества препарирования зубов пациента П. 37 лет под металлокерамические коронки с использованием оценочных индексов разработанной авторами статьи системы оценки качества препарирования зубов под металлокерамические коронки.

Таким образом, вышеизложенный способ прост, имеет незначительную стоимость затрат, необходимых для измерения, и не требует дополнительной специальной подготовки персонала, проводящего измерение. Указанный способ может эффективно использоваться в процессе обучения врачей - стоматологов по специальности ортопедия.

Описание устройства: Предлагаемое к рассмотрению устройство (полезная модель), также как и вышеизложенный способ, конструктивно не сложно, просто в эксплуатации и не требует дополнительной специальной подготовки персонала, проводящего измерение.

Вывод: устройство (полезная модель) позволяет производить двухстороннее измерение углов конвергенции боковых поверхностей препарированных зубов к режущему краю или жевательной поверхности на модели препарированного зуба.

Заключение: описанные способ и устройство (полезная модель) позволяют с достаточной точностью измерять углы конвергенции боковых поверхностей препарированных зубов к режущему краю или жевательной поверхности и осуществлять контроль качества препарирования зубов. Указанные способ и устройство (полезная модель) могут эффективно использоваться в процессе обучения врачей-стоматологов по специальности ортопедия. На вышеуказанные способ и устройство (полезная модель) получены патенты на изобретение № 2613433 и полезную модель № 163331.

Литература

1. С.Д.Арутюнов, А.В.Бейтан, А.А.Геворкян, С.В.Цукор, Е.В.Комов. Оценка качества краевого прилегания несъемной конструкции зубного протеза// Институт Стоматологии. – 2006. - № 4 (33).
2. Т.С.Беляева, М.С.Беляева, Е.А.Ржанов. Сравнительная оценка поверхности культи зуба при препарировании под несъёмные ортопедические конструкции алмазными и твердосплавными инструментами (Часть I)// Институт Стоматологии. – 2012. - № 2 (55).
3. И.Г.Грицай. Исследование причин снятия несъемных зубных протезов// Институт Стоматологии. – 2004. - № 1 (22).
4. Е.Н.Жулев, А.С.Казарин. Влияние угла конвергенции, способа подготовки пришеечной части зуба, инструментальной подготовки зуба и вида цемента на фиксацию литых коронок// Институт Стоматологии. – 2004. - № 4 (25).
5. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. – М: Медицинское информационное агенство, 2003 – 216 с.
6. В.Н.Трезубов, О.Н.Сапронова, О.Ю.Колесов, Р.А.Розов, Д.С.Петраков, Л.Я.Кусевицкий. Клинические осложнения при протезировании несъемными конструкциями// Институт Стоматологии. – 2007. - №3(36).
7. Н.В.Шарагин, К.А.Морозов. Оценка величины конусности препарирования зубов при изготовлении металлокерамических коронок// Стоматология. – 2012. - № 1.

БЕЗУПРЕЧНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Черныш В.Ф., Султанов М.М., Удальцова Н.А.
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»
г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: гигиена полости рта, сахарный диабет, стоматологические заболевания, зубной налёт, ротовая жидкость.

IMMEDIATE HYGIENE OF THE MOUTH WITH SUGAR DIABETES

Chernysh V.F., Sultanov M.M., Udaltsova N.A.

«Dental Clinic № 29»

St. Petersburg, Russia

Key words: oral hygiene, diabetes mellitus, dental diseases, dental plaque, oral fluid.

Несмотря на достижения современной медицины, связанные с разработкой новых фармакологических препаратов и средств оральной гигиены, а также – методов патогенетической терапии, используемых при лечении пародонтита, частота встречаемости его тяжёлых форм не снижается (В.Ф. Черныш, 2017). В свете современных представлений причиной возникновения всех форм пародонтита является микробный фактор (А. И. Грудянов, 2012; В.К. Леонтьев, 2012). Известно, что в патогенезе заболевания значительная роль отводится липополисахаридам грамотрицательных бактерий, стимулирующих выработку макрофагами медиаторов воспаления цитокинов, расширяющих и углубляющих воспалительный процесс в пародонте (иммунопатологическая реакция). Бактерии зубной бляшки, образующиеся на поверхности зубов и слизистой оболочке полости рта, хорошо защищены от антимикробных средств и иммунной реакции организма (подавляют фагоцитоз и специфический иммунитет, а также своими эндотоксинами стимулируют выработку организмом цитокинов. Единственно эффективным и надёжным методом снижения грамотрицательной микрофлоры и её метаболитов является физическое разрушение и устранение зубной бляшки путём механической очистки зубов и слизистой оболочки полости рта. Однако, бактерии зубной бляшки и её метаболиты не всегда устраняются при традиционных гигиенических процедурах с поверхности спинки языка, межзубных промежутков и труднодоступных для обработки отделов ротоглотки (корень языка, миндалина, стенка глотки). Кроме того, хорошее гигиеническое состояние указанных отделов полости рта является профилактикой развития опухолевого процесса. Так, имеются сведения о том, что при хорошем стоянии зубов и полости рта опасность возникновения рака этой локализации у интенсивно курящих возрастет в 2 раза, тогда как при не санированной полости рта и недостаточной гигиене в 8 раз. Поэтому совершенствование методов гигиены полости рта является актуальной задачей в профилактике и комплексном лечении пародонтита. Повышение эффективности мероприятий гигиены полости рта возможно за счёт расширения зоны её воздействия

на труднодоступные отделы ротоглотки (корень языка, миндалины, стенка глотки), путём разработки расширенного способа гигиены, основанного на сочетании традиционной очистки зубов и дёсен, с очисткой отдалённо расположенных и труднодоступных отделов полости рта. В связи с вышеизложенным важнейшим фактором первичной профилактики всех форм пародонтита продолжает оставаться гигиена полости рта, составляющая основу неспецифической этиологической терапии заболеваний пародонта. Несмотря на незначительное увеличение продолжительности гигиенической процедуры, этот её недостаток многократно перекрывается положительным результатом применения. Высказанные соображения, как правило, мотивируют пациентов старших возрастных групп, страдающих пародонтитом, перейти на систематическое соблюдение расширенной гигиены, сохраняющей хорошее гигиеническое состояние ротовой полости.

Расширенный способ гигиены полости рта для лиц, страдающих пародонтитом на фоне сахарного диабета, включает в себя дважды день (утром и вечером): использование флосса (нити для очистки межзубных промежутков); традиционную очистку зубов и дёсен противовоспалительной лечебно-профилактической зубной пастой; очистку корня и спинки языка головкой мягкой зубной щётки с пеной зубной пасты на ней пятикратно от корня к кончику языка; очистку ротоглотки пятикратным активным полосканием прохладной водой. Завершается гигиеническая процедура двухминутной ирригацией ротовой полости струями прохладной водопроводной воды, поступающей через рожок душевой насадки.

Предложенный метод прост, доступен каждому человеку, не требует дополнительных затрат и поддерживая хороший уровень гигиены полости рта, предупреждает развитие воспалительного процесса в дёснах.

Литература

1. Грудянов А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. М.: МИА, 2006. 120 с.
2. Леонтьев В.К. Хронический генерализованный пародонтит: клиническая и экспериментальная фармакотерапия. Краснодар: Просвещение-Юг, 2012. 403 с.
3. Черныш В.Ф. Хронический пародонтит: этиология, патогенез, клиника. – СПб.: ВмедА, 2017. 42 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ

С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Хромова Е.А., Кулик И.В., Саханов А.А., Евсеева И.К., Ильина Л.П.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, сахарный диабет 2 типа, микрофлора пародонтального кармана.

ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF ANTI-INFLAMMATORY PREPARATIONS IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF PARODONT IN PATIENTS WITH SUGAR DIABETES OF 2 TYPE

Khromova E.A., Kulik I.V., Sakhanov A.A., Evseeva I.K., Ilyina L.P.

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

Key words: chronic generalized periodontitis of middle to severe rate, diabetes mellitus complications diabetes, microflora of periodontal pockets.

Цель работы: изучение эффективности применения Холисал-геля в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: исследовался Холисал-гель в состав, которого входят основные действующие вещества-холина салицилат и цеталкония хлорид и вспомогательные вещества-глицерин, метилоксибензоат, гидрооксиметилцеллюлоза, анисовое масло.

Под наблюдением находились 18 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней и средне-тяжелой степени тяжести, осложненным пародонтальными абсцессами на фоне сахарного диабета 2 типа, средний возраст $42,5 \pm 1,5$ года. У данной группы изучалось противовоспалительное и кровоостанавливающее воздействие препарата на воспаленные мягкие ткани пародонта.

Гель «Холисал» применялся на пародонтологическом приеме и использовался пациентами самостоятельно два раза в день (утром и вечером) в течение 10-14 дней.

Всем пациентам проводился комплекс профессиональной гигиены. [1, 3] Методика лечения заключалась в том, что гель накладывали на десну непосредственно после вскрытия абсцесса на 3-5 минут, в течение которых десна изолировалась от слюны. [2, 4, 5] Обработка проводилась 3-4 раза в неделю. В зависимости от тяжести процесса курс составил от 7 до 8 процедур. Оценку противовоспалительного действия проводили на основании динамики показателей индексов РМА в модификации Парма и индекса кровоточивости десневой бороздки Мюллемана в модификации Коуэла,

которые определяли при осмотре перед началом лечения и каждую последующую неделю. [6, 7]

Результаты исследования показали: снижение индекса РМА с 49,83% в начале исследования до 31,28% через одну неделю применения, а через еще одну неделю этот показатель снизился до 24,75%. Кровоточивость десен через одну неделю использования геля снизилась на 26,53%, а через две недели кровоостанавливающая эффективность составила 51,02%.

Таким образом, результаты исследования показали эффективность и целесообразность использования «Холисал»-геля в лечении воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Литература.

1. Барер Г.М., Григорян К.Т. Современные аспекты этиологии, патогенеза и пути коррекции пародонтита у больных сахарным диабетом // *Cathedra*. 2006. Том 5 №2 С. 44-47.

2. Воложин А.И. Патогенетические механизмы поражений пародонта при сахарном диабете // *Стоматология нового тысячелетия: Сборник тезисов.* – М.: Авиаиздат, 2003. – С. 130-131.

3. Кирсанов А. И. Изучение взаимосвязи с общим состоянием организма / А. И. Кирсанов, Л. Ю. Орехова, И. А. Горбачева // *Пародонтология.* — 1996. — № 2. — С. 41—42.

4. Латышев О.Ю. Метаболический синдром и заболевания пародонта: есть ли взаимосвязь? Взгляд врача-эндокринолога // *Стоматология сегодня*. 2009. №8 (88). С. 46.

5. Мороз Б.Т., Хромова Е.А., Шустов С.Б., Бойко И.Н., Умаров С.З. Новые технологии в оперативной пародонтологии в комплексном лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа. СПб-М.:ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА»». 2008.-160 с.

6. Мороз Б.Т., Евсеева И.К., Хромова Е.А., Ильина Л.П., Кулик И.В. /Сравнительная оценка различных вариантов комплексного лечения заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. // XVIII Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. «Новые технологии»: Материалы конф. – СПб., 2013. – С.

7. Мороз Б.Т., Жаворонкова Н.В., Хромова Е.А. Состояние тканей пародонта и твердых тканей зубов у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. //

Издательство - УДАЛЬЦОВА НАТАЛЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА

Идентификатор - 600

ISBN 978-5-600-01744-3

Подписано в печать 17.04.2017. Формат 84*108/32

Усл. печ. л.10

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Тираж 350 экз.

ISBN 978-5-600-01744-3



9 785600 017443