СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
I МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний тканей пародонта, у пациентов с сахарным диабетом»

19 апреля 2018 года

г. Санкт-Петербург

УДК 616.31-022
ББК 56.6
М80

М80 «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний тканей пародонта, у пациентов с сахарным диабетом» Под.ред. *Н.А.Удальцовой, М.А. Окунева* Сборник материалов конференции. – СПб.: Санкт-Петербург, 2018. - 70 с.
ISBN 978-5-98306-159-0

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.

©Коллектив авторов, 2018 г.

ISBN 978-5-98306-159-0

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ **6**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА
Аболимов В.Е., Аболимова Н.В. **8**

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ
Антонова Е.Н., Удальцова Н.А., Стахович П.В. **9**

УСТРАНЕНИЕ РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА
Антонова Е.Н., Удальцова Н.А. **11**

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ЛИЦА
Балахонов С.И., Дягилев А.И.. **13**

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ ПУШКИНСКОГО РАЙОНА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017 ГОДУ
Берёзкина И.В., Скаткова О.В. Григорьев В.А., Башлыкова В.П. **14**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСТРАНЕНИЯ КОНЦЕВОГО ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА
Веревкин И.В., Толкачева С.В. **16**

РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА
Волкова Т.В., Сопрун Л.А. **18**

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОГРАММЫ ЛЬГОТНОГО ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРОФИЛЯ **20**
Головина Т.С., Удальцова Н.А.

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В МОСКВЕ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В СВЯЗИ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Дягилев А.И., Робустова Т.Г., Иорданишвили А.К. **22**

FEATURES OF DYNAMIC OBSERVATION BY THE DENTIST OVER ELDERLY PEOPLE THE SUFFERING PERIODONTAL DISEASE AND A DIABETES MELLITUS.
[1]Eberhard David, [2]Zaborovsky K.A., [2]Pirtskhelava S.C. **25**

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF OCCUPATIONS MEDICAL PHYSICAL CULTURE THE PATIENTS SUFFERING FROM A DIABETES MELLITUS
Ilyukov Sergey Zaborovsky K.A. **27**

ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО ОСТЕО-МУСКУЛЯРНОГО РЕФЛЕКСА ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
Иорданишвили А.К., Лосев Ф.Ф., Музыкин М.И. **28**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОГЕННЫХ ПЕПТИДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Иорданишвили А.К., Рыжак Г.А., Хромова Е.А., Удальцова Н.А., Присяжнюк О.В. **30**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ
Иорданишвили А.К., Сериков А.А. **32**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С УЧЁТОМ ПОЛИМОРБИДНОСТИ
Каршиев Х.К., Соломатин Д.С., Солдатов В.С. **33**

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ

ПРЕПАРАТОВ В СТОМАТОЛОГИИ
Коровин Н.В.' Дягилев А.И. **35**
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Кузнецов А.В., Волкова Т.В. **36**
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
Кулик И.В., Захарова Е.А. **38**
НЕОТЛОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ
Мадай О.Д., Гайворонский И.В., Бадалов В.И. **40**
БИОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ОДОНТОГЕННЫМ СЕПСИСОМ НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Мадай Д.Ю., Щенин А.В., Удальцова Н.А., Мадай О.Д. **41**
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Морозов М.А., Сериков А.А., Иорданишвили А.К. **42**
ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ СХЕМ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
Никитин В.С., Антонова И. Н., Бабенко А. Ю. **43**
ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (ГСД) И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД).
Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Александрова А.А., Гриненко Э.В., Александрова Л.А. **44**
ДИНАМИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С ИИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ГИДРОЛИЗАТА МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ МИДИЙ
Орехова Л.Ю., Силина Э.С., Биричева О.А., Мусаева Р.С. **45**
МИКРОГРАНУЛИРОВАННЫЙ ХИТОЗАНОВЫЙ ГЕЛЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Рахова В.Н., Мусаева Р.С., Оксас Н.С. **46**
МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
Саханов А.А., Ермолинская Д.В., Кулик И.В. **50**
ДЕНТАЛЬНАЯ ФОТОГРАФИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
Саханов А.А., Баленко Д.О., Хромова Е.А., Евсеева И.К., Кулик И.В. **51**
РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В СТОМАТОЛОГИИ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ
Серикова А.Г., Сериков А.А. **52**
FREQUENCY OF DETECTABILITY AND INTENSITY OF A PERIODONTAL DISEASE AT THE VILLAGERS OF ADVANCED AGE SUFFERING FROM A DIABETES MELLITUS
[1]Slama Mikael, [2]Zaborovsky K.A., [2]Pirtskhelava S.C. **55**
USAGE OF MINI-IMPLANTS IN ORTHODONTIC TREATMENT
Soldatova L. N. [1] , Mahmoud Al-Dzhammal **56**
СОСТОЯНИЕ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА
Старковский К.И., Михайлова А.В., Иванова С.Е., Толкачева С.В., Николаева М.В., Каминская Л. В. **58**
КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
Сурдина Э.Д., Силин А.В., Каспина А.И. **60**
ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ

САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА
Ханов И.А., Шумченко М.А., Забежинская И.З., Сабурова К.В. **61**
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В СТОМАТОЛОГИИ, ИНТРАОРАЛЬНЫЕ КАМЕРЫ
Фесенко В.А., Гордеева О.С. **63**
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ПАРАДЕНТАЛЬНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ
Черныш В.Ф. **64**
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА
Щипицына М.С., Тытюк С.Ю. **66**

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Предлагаем Вашему вниманию сборник работ участников I - ой Международной научно-практической конференции «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний тканей пародонта, у пациентов с сахарным диабетом».

В Конференции участвуют не только ученые и врачи - практики Санкт-Петербурга, но и специалисты других регионов РФ и стран зарубежья.

Данное мероприятие СПб ГБУЗ «Стоматологической поликлиникой №29» проводится не в первый раз, но только в 2018 году оно стало широкомасштабной конференцией с привлечением участников из других стран мира. И получило статус международной научно-практической конференции. В частности были получены работы известных ученых и научных деятелей из стран СНГ (Казахстана, Белоруссии); Европейских стран (Швеции, Финляндии) и представителей континента Африка из Катара, ОАЭ.

Организатором конференции является СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29», при поддержке и непосредственном участии научно-преподавательского состава ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», 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, Российской Ассоциации Пародонтологов.

Вопросы, затронутые на Конференции, являются чрезвычайно актуальными в связи с накопившимися нерешенными проблемами отечественного и мирового здравоохранения в области смежных специальностей, таких как стоматология и эндокринология. Необходимо найти точки соприкосновения в решении совместных задач, возникающих при лечении такого этиологически неоднозначного заболевания, как Сахарный диабет. Как известно, сахарный диабет 1-го типа (СД 1) является в большинстве случаев аутоиммунным заболеванием и вызван клеточно-опосредованным разрушением клеток островков поджелудочной железы, продуцирующих инсулин. В отличие от сахарного диабета 2-го типа (СД 2), который является результатом резистентности к инсулину и снижения функции β-клеток поджелудочной железы.

СД 1 типа начинается критически, с внезапно проявляющимися симптомами в детском и подростковом периоде. СД 2 типа чаще поражает взрослую часть популяции в результате изменений со стороны обменных эндокринологических процессов. Особой

формой является медленно прогрессирующий латентный аутоиммунный сахарный диабет у взрослых (LADA), начинающийся после 30-40 лет и имеющий симптомы средней тяжести, имитирующие СД 2-го типа.

На Конференции были обсуждены следующие важные темы:

1. *Превентивная медицина для реабилитации пациентов с социально значимыми заболеваниями*
2. *Актуальные вопросы организации медицинской стоматологической помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом.*
3. *Современные аспекты сахарного диабета*
4. *Заболевания пародонта в детском возрасте*
5. *Междисциплинарный подход для лечения пациентов с социально значимыми заболеваниями*
6. *Современные проблемы подготовки врачей - стоматологов –пародонтологов*

Оргкомитет I - ой Международной научно-практической конференции «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний тканей пародонта, у пациентов с сахарным диабетом» надеется, что данная Конференция и труды, опубликованные в сборнике, вызовут живой интерес у читателей любой специализации, не только у специалистов, решающих проблемы лечения сахарного диабета, но и пациентов страдающих данной патологией.

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/).

Со - председатель оргкомитета I - ой Международной научно-практической конференции «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний тканей пародонта, у пациентов с сахарным диабетом».

Главный врач СПб ГБУЗ «Стоматологической поликлиники №29», к.м.н. Окунев М.А.

19 апреля 2018 года

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Аболимов В.Е., Аболимова Н.В.
г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: Дентальные имплантаты, Сахарный диабет, Контроль сахара

CLINICAL CASE OF APPLICATION OF PROSTHETICING METHOD ON DENTAL IMPLANTS IN PATIENTS WITH SUGAR TYPE I DIABETES

Abolimov V.E., Abolimova N.V.
Saint-Petersburg, Russia

Keywords: Dental implants, Diabetes mellitus, Glycemic control

Резюме. Выбор имплантации, как метода зубного протезирования пациентам с Сахарным Диабетом I типа (далее СД) является актуальной проблемой. Число пациентов с СД постоянно растет. Данная патология является хроническим заболеванием, основными клиническими проявлениями которой являются гипергликемия и связанные с ней микро- и макро - ангиопатии. Зачастую имплантация даже не рассматривается, ввиду повышенных рисков отторжения, с последующим развитием периимплантитов. При СД увеличиваются риски потери зубов от осложнений кариеса и пародонтита, снижается способность к заживлению ран и как следствие с присоединением условно-патогенной микрофлоры и развитием воспаления. Потеря зубов приводит к ухудшению пережевывания пищи, следовательно, изменяется качество жизни.

Цель исследования: Оценка рисков при проведении метода протезирования на дентальных имплантантах у пациентов, страдающих эндокринной патологией.

Материалы и методы исследования:

05.2016 Пациентка Е., 28 лет. Диагноз Сахарный диабет I типа был поставлен в 19 лет. Зуб 3.6 был удален более 2 лет назад, уровень HbA1c – 7.2%. Проведена КЛКТ диагностика, по согласованию с пациентом установлен имплантат MIS в позиции 3.6, без использования костно-пластических материалов, назначена АБТ, курс витаминов. Послеоперационный период протекал без осложнений, снятие швов через 10 дней.

Через 4 месяца уровень костной ткани вокруг имплантата остался неизменным, проведена установка ФДМ с подсадкой ССТ с бугра верхней челюсти. HbA1c – 7.6%. В послеоперационном периоде отмечалась замедленная эпителизация и кровоточивость.

Через 3 недели проведено снятие оттисков, отмечалась легкая кровоточивость и болезненность десны при работе с ФДМ.

11.2016 установлена металлокерамическая коронка на титановом абатменте.

Контрольный осмотр через 3 месяца: имплантат и коронка стабильны, мягкие ткани без признаков воспаления. Рентген: ре-моделировка кости вокруг имплантата 3.6 около 1мм.

04.2017 повторное обращение в связи с разрушением зуба 2.4. Диагностирована фрактура корня 2.4. HbA1c – 8.9%. Направлена к эндокринологу с целью коррекции уровня сахара, назначена диета и курс лечения травами.

05.2017 HbA1c – 7.6%. КЛКТ: имплантат 3.6 ре-моделировка кости в пределах 2мм.

Диагностика по КЛКТ, удаление зуба 2.4 с одномоментной имплантацией Nobel CC, заглушка, костный графт, лунка ушита наглухо, назначен курс АБТ. В этот же день изготовление съёмного иммедиат протеза 2.5-2.6. Послеоперационный период без осложнений, снятие швов через 10 дней. 10.2017 HbA1c – 7.4%

Установлен ФДМ на имплантат в позиции 2.4, объём мягких тканей достаточный. На рентгене: в области имплантата 2.4 ре-моделировки кости не наблюдается, имплантат 3.6 стабилен. Через 2 недели проведено снятие слепков. 11.2017 установлена металлокерамическая коронка.

02.2018 Контрольный осмотр: имплантаты и ортопедические конструкции стабильны, дальнейшей ре-моделировки костной ткани не наблюдается, мягкие ткани стабильны.

Выводы: Дентальная имплантация вполне безопасный и прогнозируемый способ зубного протезирования, даже у пациентов с сахарным диабетом. Основным моментом подготовки

к имплантации является контроль уровня сахара в крови и взаимодействие с лечащим врачом – эндокринологом. Сложности, при работе с такими пациентами, это формирование достаточного объёма мягких тканей для предотвращения развития периимплантитов. Скорость заживления слизистой напрямую зависит от уровня сахара. Можно рекомендовать имплантаты с коническим соединением, как более стабильные. Одномоментная имплантация сокращает сроки реабилитации и позволяет предотвратить потерю объема мягких тканей.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Антонова Е.Н., Удальцова Н.А., Стахович П.В.
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: пародонтит, правовое регулирование, специализированная пародонтологическая помощь

SOME ISSUES OF THE REGULATORY LEGAL ADMINISTRATION OF PERIODONTOLOGY CARE FOR ADULTS

Antonova E.N., Udaltsova N.A., Stakhovich P.V.
Dental clinic №29
Saint-Petersburg, Russian Federation

Key words: periodontitis, legal administration, specialized periodontological care

Актуальность проблемы правового регулирования специализированной пародонтологической помощи заключается в необходимости повышения эффективности стоматологической службы в пародонтологической сфере в современных условиях.

Цель исследования заключалась в необходимости регулирования законодательства Российской Федерации (далее Россия) в области утверждения специальности врач - стоматолог-пародонтолог.

Методы исследования. Была проведена актуализация и анализ информационных данных в сфере обеспечения правового регулирования специальности врач - стоматолог-пародонтолог. Нами были изучены конституционные и иные нормативно-правовые документы, действующие на территории России, а также проведен сравнительный анализ полученных данных с официальными документами, действующими на территориях СНГ (содружество независимых государств) в данной области.

Во-первых, необходимость повышения эффективности пародонтологической помощи связана с высокой распространенностью заболеваний пародонта (далее ЗП) в России. Распространенность заболеваний пародонта среди взрослого населения России (35-44 года) составляет 82% [1]. Данная патология, особенно воспалительные заболевания пародонта (далее ВЗП), существенно влияет на уровень здоровья населения в целом. Как очаг хронической одонтогенной инфекции, ВЗП могут инициировать соматическую патологию или усугублять ее течение [1].

Во-вторых, исходя из существующей и поддерживающейся долгие годы высокой распростаненности ЗП, нормативное регулирование доступности и качества специализированной стоматологической помощи в области пародонтологии приобретает существенное значение. Национальное российское законодательство согласно ст. 41 Конституции РФ говорит, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений. В развитии норм Конституции РФ принято значительное количество федеральных законов и подзаконных актов, среди которых центральное место занимает ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 1 ноября 2011г. [2].

В ст 14. Основ дано четкое разъяснение основных полномочий федеральных органов государственной власти, включающие организацию оказания гражданам

специализированной медицинской помощи, к которой относится и специализированная стоматологическая помощь в области пародонтологии. Государственная система здравоохранения включает в себя федеральные органы исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по охране здоровья граждан. К государственной системе здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные и иные учреждения. В соответствии с Основами в государственную систему здравоохранения входят медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения и иные организации, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ.

На вышеперечисленных уровнях государственной системы здравоохранения Российской Федерации оказывается специализированная стоматологическая помощь в области пародонтологии. Система предоставления специализированной стоматологической помощи в сфере пародонтологии в государственных учреждениях здравоохранения функционирует в соответствии с ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [2], иными федеральными законами и рядом подзаконных актов. В основе организационной структуры системы предоставления стоматологической пародонтологической помощи лежат приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ №1496н от 07.12.2011 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» [3]. Согласно этому документу специализированная стоматологическая пародонтологическая помощь может осуществляться в стоматологических поликлиниках, в стоматологических отделениях медицинских организаций, в стоматологических кабинетах в образовательных учреждениях, призывных пунктах, на предприятиях и в организациях.

Согласно порядкам Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 07 декабря 2011 г. №1496н предоставление специализированной стоматологической пародонтологической помощи взрослому населению в поликлинике осуществляется врачом-стоматологом-терапевтом на отделении терапевтической стоматологии в кабинете пародонтологии. Кабинет создается из расчета 1 единицы на 2 тысячи взрослого населения. Отделение (кабинет) возглавляет заведующий, на должность которого назначается врач, имеющий дополнительное профессиональное образование по специальности «стоматология терапевтическая» и "организация здравоохранения и общественное здоровье» согласно приказу Министерства труда России № 768н от 07 ноября 2017 г. [4]. Должности медицинского и другого персонала отделения (кабинета) устанавливаются по действующим штатным нормативам стоматологических поликлиник. В отделении работают врачи-стоматологи, имеющие дополнительное профессиональное образование по стоматологии терапевтической, а так же гигиенисты стоматологические и зубные врачи, соответствующие Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 23.07.2010 № 541н [5]. Должностные инструкции работников кабинета разрабатываются и утверждаются руководителями стоматологической поликлиники на основании типовых должностных обязанностей и квалификационных характеристик.

Заключение. Анализ нормативно-правовой базы, регулирующей специализированную стоматологическую помощь в области пародонтологии, показывает, что действующее законодательство гарантирует права пациентов с заболеваниями тканей пародонта на получение лечения только у врачей-стоматологов-терапевтов. Учитывая современные возможности пародонтологического лечения, это не является достаточным, и требует внимательного рассмотрения и постановки вопроса о развитии данной области медицины

и об утверждении специальности врач - стоматолог-пародонтолог, а следовательно изменений в приказе "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование". Следующим этапом нашего исследования станет разработкам нормативно-правового документа в данном вопросе.

Список литературы.

1. Дмитриева Л.А., ред. Пародонтология: национальное руководство. - М.:ГЭОТАР-Медиа; 2014 – 56 с.
2. Российская Федерация. ФЗ № 323 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 1 ноября 2011 г.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
3. Российская Федерация. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 N 1496н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях. http://www.consultant.ru/document/
4. Российская Федерация. Приказ Минтруда России от 07.11.2017 N 768н "Об утверждении профессионального стандарта "Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья". https://www.garant.ru/
5. Российская Федерация. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" http://www.consultant.ru/document/

УСТРАНЕНИЕ РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА

Антонова Е.Н., Удальцова Н.А.
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: рецессия десны

ELIMINATION OF GINGIVAL RECESSION IN CONDITIONS OF AMBULATORY RECEPTION

Antonova E.N., Udaltsova N.A.
Dental clinic №29
Saint-Petersburg, Russian Federation

Key words: gingival recession

Актуальность проблемы: Сегодня достаточно много внимания уделяется вопросам косметологической составляющей при предоставлении стоматологических услуг. Это волнует не только врачей – стоматологов различных специальностей, но и в первую очередь пациентов. Пациенты стали чаще замечать «оголения» корней и проявлять желание устранить данные дефекты. На долю рецессий десны из большого числа всех заболеваний тканей пародонта приходится 10%. Под рецессией десны понимают апикальное смещение десневого края от его физиологического положения с обнажением поверхности корня [1].

Цель исследования: В целях организации пародонтологического центра для пациентов с эндокринной патологии на базе СПб ГБУЗ «Стоматологической поликлиники №29» было проведено исследование по реорганизации приема пациентов с одиночными и множественными рецессиями.

Материалы и методы: Трем некурящим пациентам (возраст 23, 25 и 47 лет) было проведено хирургическое лечение, направленное на устранение множественных рецессий десны в общей сложности в области 10-ти зубов верхней и нижней челюстей.

Были собраны жалобы, анамнез, выполнены соответствующие объективное, рентгенологическое и лабораторное обследования у каждого пациента. Все пациенты жаловались на неудовлетворительный внешний вид зубных рядов, слабовыраженную гиперчувствительность зубов с обнаженными корнями. Основными этиологических факторами, ставшими причиной развития рецессий у данных пациентов, были: травматическая чистка зубов, наличие бактериальной инфекции. Предрасполагающими

факторами стали: прикрепление волокон уздечки нижней губы вблизи десневого края, вестибулярное положение корней и аномальное положение зубов. Все рецессии были отнесены к I классу по Миллеру.

Хирургические вмешательства выполнялись двухслойными методами устранения рецессий десны:

– метод коронального смещения расщепленного-полнослойно-расщепленного лоскута и пересадка соединительнотканного трансплантанта (СТТ), забор которого производился с поверхности твердого неба (рис. 1, 2, 3, 4.)

– туннельный метод с использованием СТТ (рис. 5 и 6)

Все пациенты предоставили письменное информированное согласие на предложенное лечение.

Заключение: Проведенное лечение позволило устранить 9 из 10 рецессий, а также увеличить ширину зоны кератинизированной прикрепленной десны с улучшением внешнего вида зубных рядов.

Рис. 1 Пациент 23 лет. Клиническая картина до операции

Рис. 2 Пациент 23 лет. Клиническая картина после операции

Рис. 3 Пациент, 25 лет. Клиническая картина до операции

Рис. 4 Пациент, 25 лет. Клиническая картина после операции

Рис. 5 Пациент, 47 лет. Клиническая картина до операции

Рис. 6 Пациент, 47 лет. Клиническая картина после операции

Список литературы.

1. Джованни Зуккелли. Пластическая хирургия мягких тканей полости рта. М.: Азбука стоматолога, 2014. С.4

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ЛИЦА

Балахонов С.И., Дягилев А.И.
Областная клиническая больница, Медико-социальный институт
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: новообразования головы, базалиома, базальноклеточный рак кожи, клинические формы базалиомы, челюстно-лицевая область, эпидемиология, особенности клинического течения.

THE CLINICAL COURSE OF BASAL CELL CARCINOMA OF THE FACE

Balakhonov S. I., Dyagilev A.I.
Regional clinical hospital, Medico-Social Institute
St. Petersburg, Russia

Key words: neoplasms of the head, basal cell, basal cell skin cancer, clinical forms of basal cell, maxillofacial area, epidemiology, clinical course.

Резюме. В статье на основании проведения ретроспективного клинического исследования, выполненного на базе Ленинградской областной клинической больницы, изучена частота встречаемости базальноклеточного рака кожи головы у взрослых людей разных возрастных групп, а также определены особенности клинического течения этого заболевания у людей пожилого и старческого возраста.

Актуальность. Возникновению злокачественных образований обычно предшествуют предопухолевые заболевания [1]. Несмотря на то, что заметить изменение кожного покрова лица человеку не сложно, в тоже время до сих пор часто встречаются злокачественные новообразования кожи лица [2]. Следует отметить, что эти патологические процессы могут поражать не только кожу лица, но и кожные покровы волосистой части головы, при этом им также предшествуют предопухолевые заболевания. Возрастные изменения кожи лица могут затруднять диагностику патологических процессов кожи лица, в том числе и при дифференциальной диагностики рака кожи челюстно-лицевой области [3]. Несмотря на большое число публикаций по онкологической патологии кожи лица, до настоящего времени недостаточно освещены в специальной литературе вопросы распространенности злокачественных процессов кожи лица у взрослых людей разных возрастных групп, а также особенности их течения у людей пожилого и старческого возраста [4].

Цель исследования состояла в изучении возрастных особенностей распространенности базальноклеточного рака (БКР) кожи лица, а также особенностей клинического течения разных клинических форм заболевания у взрослых людей.

Материал и методы исследования. Работа выполнена в отделении челюстно-лицевой хирургии Ленинградской областной клинической больницы. Для решения поставленной цели исследования, проведено ретроспективное изучение историй болезни пациентов, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Из общего количества больных устанавливали тех, у которых после проведенного хирургического лечения гистологически был подтвержден диагноз базальноклеточного рака челюстно-лицевой области. Определяли частоту поражения взрослых людей разных возрастных групп указанной патологией, а также выявляли особенности клинического течения базалиом у людей пожилого и старческого возраста.

Результаты исследования. Установлено, что наиболее часто встречаемой клинической формой базальноклеточного рака кожи лица в Ленинградской области была узловато-язвенная форма, которая диагностировалась в клинической практике в 38,3% случаев. Приведены особенности клинического течения поверхностной, нодулярной и деструирующей форм базалиом у людей среднего, пожилого и старческого возраста. Показано, что наибольшая заболеваемость этими клиническими формами базалиомы приходился на пожилой возраст.

Заключение. Подводя итог вышесказанному, можно зафиксировать клинические особенности БКРКГ, присущие пациентам, проживающим в Ленинградской области: значительный удельный вес узловато-язвенных форм в 38,3% случаев при длительном

клиническим течении патологии – 30,1±8,8 лет (p<0,05). Данная клиническая форма достоверно чаще выявляется у лиц пожилого и старческого возраста в возрасте 61-70 лет в 60,8 % случаев. Нодулярная клиническая форма чаще определялась у лиц пожилого и старческого возраста, а именно в возрасте 71-80 лет у женщин, и 50-60 лет – у мужчин (в 66,6 % случаев). Частой локализацией нодулярного базальноклеточного рака челюстно-лицевой области являлась кожа области носа – у 40 % больных. Женщины с нодулярной клинической формой базальноклеточного рака раньше обращались за помощью, длительность заболевания до 1 года у них составила 80 %, что также объясняется их большим вниманием к своему здоровью. Что касается обращаемости мужчин, большая часть опухолей была диагностирована у них в сроке до 1 года (40%). Диаметр очага поражения при нодулярной, деструирующей и поверхностной клинических формах базальноклеточного рака кожи, как правило, не превышает 2 см и может быть отнесен к T_1. Эта стадия выявлялась одинаково часто, как у мужчин, так и у женщин.

Список литературы.

1. Балахонов С.И., Иорданишвили А.К., Батманов М.И. Узловато-язвенная форма базально-клеточного рака кожи лица у людей старших возрастных групп и особенности её клинического течения (Часть I) // Институт стоматологии. 2014. № 1 (62). С. 95.
2. Балахонов С.И., Иорданишвили А.К., Батманов М.И. Узловато-язвенная форма базально-клеточного рака кожи лица у людей старших возрастных групп и особенности её клинического течения (Часть II) // Институт стоматологии. 2014. № 2 (63). С. 71 – 75.
3. Балахонов С.И., Иорданишвили А.К., Рыжак Г.А. Возрастные особенности распространенности, локализации и клинического течения некоторых форм базальноклеточного рака кожи лица // Успехи геронтологии. 2014. Т. 27, № 4. С. 569 – 574.
4. Балахонов С.И., Иорданмишвили А.К. и соавт. Возрастные особенности клинического течения базальноклеточного рака кожи лица // Курский науч.- практич. вестн. «Человек и его здоровье». 2014. № 4. С. 33 – 40.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ ПУШКИНСКОГО РАЙОНА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017 ГОДУ

Берёзкина И.В., Скаткова О.В. Григорьев В.А., Башлыкова В.П.
СПб ГБУЗ №19,СПб ГБУЗ МИАЦ
г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: индекс CPI, кровоточивость десен, зубной камень, детское население

EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION OF THE STOMATOLOGICAL STATUS OF CHILDREN OF PUSHKIN DISTRICT OF THE LENINGRAD REGION IN 2017

Berezhkina IV, Skatkova O.V. Grigoryev VA, Bashlykova V.P.
Dental clinic №19, Medical and information analytical center
Saint-Petersburg, Russia

Keywords: индекс CPI, кровоточивость десен, зубной камень, детское население

Актуальность исследования. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) эпидемиологическое стоматологическое обследование представляет основу для оценки стоматологического статуса населения и его потребностей в стоматологической помощи [1].

Цель исследования: изучить уровень распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний в детской популяции на базе Пушкинского района Ленинградской области.

Материалы и методы исследования. Обследование проводилось по специальной программе, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в следующих возрастных группах: 12 лет, 15 лет [2, 3]. Временным периодом для данного обследования был выбран 2016 - 2017 года. Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ «Стоматологической поликлиники № 19» Пушкинского района Ленинградской области. Информационно-методическая поддержка в проведение данного анализа принадлежит

специалистам сектора по стоматологии СПб ГБУ «Медицинского информационно-аналитического центра». Для осмотра применялся метод системной выборки.

В группу №1 вошли учащиеся гимназии X, группа №2 - учащиеся школы Y. Обследование проводилось в рамках стоматологического профилактического осмотра. В ходе обследования был применен индекс CPI, который остается международным стандартом для получения данных, необходимых для планирования стоматологической помощи [4].

Результаты исследования. У лиц моложе 20 лет осматривали пародонт в области 6 индексных зубов 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6. Это позволяет избежать ошибок, связанных с диагностикой ложных пародонтальных карманов при прорезывании зубов. При осмотре детей до 15 лет исключалось измерение глубины карманов, а регистрировалась только кровоточивость и зубной камень. (таблица №1)

Таблица №1

	Распространенность заболеваний пародонта	**Интенсивность заболеваний пародонта**	**Кровоточивость, признаки гингивита**	**Зубной камень**
12 лет 1 группа	30,8%	0,46	19,3%	11,5%
12 лет 2 группа	42%	0,78	22%	14%
15 лет 1 группа	60%	1,1	32%	24%
15 лет 2 группа	72,7%	1,48	36,4%	33,3%

Таким образом, в результате проведенного обследования, выявлено, что достаточно большой процент детей имеют признаки воспалительного заболевания тканей пародонта (кровоточивость десен и зубной камень), что связано в основном с недостаточной гигиеной полости рта, нарушениями прикуса, наличием кариозных полостей. Все эти факторы осложняются гормональным дисбалансом пубертатного периода.

Выводы:

Всем обследованным требуется:

1. Санация полости рта
2. Стоматологическое просвещение
3. Обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта
4. Индивидуальная гигиена
5. Контроль за выполнением гигиены
6. Профессиональная гигиена полости рта (при наличии зубных камней)

Заключение. Эпидемиологическая оценка стоматологического здоровья детского населения показывает тенденции его развития, что способствует использованию полученных результатов обследования для определения потребности в различных видах стоматологической помощи населению Пушкинского района, а так же для расчета сил и средств, необходимых для дальнейшей лечебно - профилактической работы.

Список литературы.

1. The World Oral Health Report 2016: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva, World Health Organization, 2016.
2. Cuny E et al. Infection control in practice – oral health care. WHO Collaborating Centre for Community Oral Health Programmes and Research; Organization for Safety and Asepsis Procedures (OSAP); University of Copenhagen, Faculty of Health Sciences, Copenhagen, 2010.
3. WHO Expert Group on Equipment and Materials for Oral Care (EGEMOC). The periodontal probe for use with the Community Periodontal Index of Treatment Needs. Geneva, World Health Organization, 1990 (unpublished document available on request from Oral Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
4. ISO TC106 - ISO 3950:2009 Dentistry – Designation system for teeth and areas of the oral cavity.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСТРАНЕНИЯ КОНЦЕВОГО ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Веревкин И.В., Толкачева С.В.
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, стоматологические имплантанты

CLINICAL CASES OF REMOVAL OF THE END OF DENTAL DEFECT IN A PATIENT WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS

Verevkin I.V., Tolkacheva S.V.
Dental clinic №29
Saint-Petersburg, Russian Federation

Key words: type 1 diabetes mellitus, dental implants

Актуальность. По данным Федерального регистра сахарного диабета срок жизни пациентов с СД растет, количество таких пациентов увеличивается [1]. Пациенты с сахарным диабетом имеют более высокий риск отторжения стоматологических имплантатов, развитием большого количества осложнений, имплантитов и периимплантитов, причем не только при хирургическом стоматологическом лечении, но и при дальнейшем ортопедическом протезировании [2, 3, 4]. Именно поэтому проведение дентальной имплантации с последующим протезированием данных пациентов имеет огромное количество ограничений и затрудняет оперативное вмешательство и дальнейший реабилитационный период [5, 6].

Цель исследования. Оценить проведенную дентальную имплантацию, с последующим осуществлением ортопедической стоматологической терапии и реабилитации. Разработать протокол выполнения данного вида лечения у пациентов, страдающих сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования. Впервые пациент (мужчина, 1965 года рождения) обратился в поликлинику 20 января 2015 года с жалобами на отсутствие 46 и 47 зубов. Был собран анамнез жизни, установлено: наличие сахарного диабета 1 типа. Впервые данное заболевание было продиагностировано в 1970 году в возрасте 5 лет. Получение сахарозамещающей терапии в количестве 42 единиц инсулина стуки, в соответствии с назначениями врача – эндокринолога. Потеря зубов 4.6, 4.7, была зафиксирована в 2014 году. Следующим этапом нашего исследования было провести пародонтологическую подготовку, в связи с постановкой диагноза: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. Назначение: вакуумного массажа, йод аппликационной анестезией с проведением профилактической гигиены методом ультразвуковой терапии. Затем был использован метод орошения перекисью водорода и 0,05% раствора хлоргексидина, наложением лекарственного препарата «Гласспан». После проведенной пародонтологической подготовки, в 2015 году произведена дентальная имплантация по двухэтапному протоколу системой MIS Израиль [6, 7]. Выбор данной системы был регламентирован следующими показателями: Коническая форма имплантата. Коническая форма обеспечивает вертикальную и горизонтальную конденсацию имплантного ложа при установке, для достижения первичной стабильности имплантата. Двойная резьба. Дизайн двойной резьбы обуславливает контролируемую установку имплантата, создавая при этом умеренную компрессию кости имплантного ложа, а так же улучшает контакт кость-имплантат, ускоряя процесс остеоинтеграции и обеспечивая долговременный клинический результат. Диаметр резьбы увеличивается от апекса к шейке имплантата, с шагом - 2,40 мм. Микрокольца на шейке имплантата значительно увеличивают площадь контакта имплантата с костью в пришеечной области имплантного ложа, что в свою очередь исключает риск резорбции костной ткани в крестальном отделе альвеолаярного отростка. Поверхность. Шероховатость и микродизайн поверхности образуются в результате пескоструйной обработки и кислотного травления. Наличие внутреннего шестигранника. Три спиральных канала имплантата, расположенных в апикальной части, обеспечивают самонарезающие свойства, и делают процедуру имплантации простой,

контролируемой и безопасной. Имплантат имеет безопасный и режущий апекс, что позволяет проводить окончательную корректировку направления имплантата при его установке. Нами была выбрана лоскутная методика. Скорость вращения шаровидным бором или маркирующей пиковидной фрезой составила от 1200 до 1500 об/мин, диаметр «пилотного» сверла =2,4mm. Для предотвращения перегрева костной ткани использовали прерывистые возвратно-поступательные движения, нажимая на фрезу в течение 1-2 секунд. С помощью формирующей фрезы диаметром 3,0 mm с красным кольцом пройдена глубина соответствующая длине устанавливаемого имплантата. Скорость вращения фрезы составила от 500 до 700 об/мин. Далее использована фреза диаметром 3,5 мм с синей меткой и продолжили формировать ложе необходимой глубины. После подготовки ложа, имплантат извлекали из упаковки внешнюю пластиковую капсулу и внутреннюю стерильную титановую капсулу с имплантатом и устанавливали адаптер. Что бы имплантат зафиксировался на имплантовводе необходимо убедиться в том, что существует конгруэнтность выступов имплантоввода с ответными углублениями внутри имплантата за счет конического соединения (Рис. №1 и Рис.№2). Для процедуры введения имплантата мы использовали угловой наконечник (CT-SLI10), ключ ратчет (адаптер MT-SRA10).

Рис. №1

Рис. №2

После установки имплантата нами произведена установка ФДМ, временного абатмента с коронкой. Третьим этапом лечения пациента стало проведение ортопедической терапии. Осуществлено протезирование двумя спаянными металлокерамическими коронками. В рекомендациях указано пародонтологическое лечение ежегодно под наблюдением врача – эндокринолога с контролем и корректировкой инсулинотерапии.

Результаты. Имплантаты интегрированы, концевой дефект зубного ряда устранен, убыль костной ткани по высоте соответствует убыли костной ткани у своих зубов.

Вывод. Разработанный метод стоматологического лечения у пациентов, страдающих сахарным диабетом 1 типа, позволяет производить, соответствующую комплексную и последовательную стоматологическую терапию с участием всех специальностей врачей - стоматологов. Данный метод приводит к длительной ремиссии, отторжения имплантатов и осложнений имплантологического лечения не происходит, а разработанный протокол пародонтологической предпротезной подготовки способствует улучшению качества жизни пациентов.

Список литературы.

1. Association AD (2013) Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 36(Supplement 1):S67–S74

2. Branemark PI, Adell R, Breine U, Hansson BO, Lindstrom J, Ohlsson A (1969) Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. Scand J Plast Reconstr Surg 3(2):81–100

3. Bryant SR, Zarb GA (1998) Osseointegration of oral implants in older and younger adults. Int J Oral Maxillofac Implants 13(4):492–499

4. Levinger I, Seeman E, Jerums G, McConell GK, Rybchyn MS, Cassar S, et al. (2016) Glucose-loading reduces bone remodeling in women and osteoblast function in vitro. Physiological reports 4(3):e12700

5. Nevins ML, Karimbux NY, Weber HP, Giannobile WV, Fiorellini JP (1998) Wound healing around endosseous implants in experimental diabetes. Int J Oral Maxillofac Implants 13(5):620–629
6. Siqueira JT, Cavalher-Machado SC, Arana-Chavez VE, Sannomiya P (2003) Bone formation around titanium implants in the rat tibia: role of insulin. Implant Dent 12(3):242–251
7. Troiano Miguel Angel, Closas Jose, Benincasa Mauricio, Sanchez Patricia, Hamuller Irene, Benincasa Georgina (2012) "Immediate occlusal loading of 47 SEVEN MIS Implants. A preliminary report after 6 month of function with final restorations. University of Buenos Aires, Argentina 9:63–97

РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

Волкова Т.В., Сопрун Л.А.
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29», СПб ГУ
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, зубопротезирование, амбулаторно-поликлинический прием

DEVELOPMENT OF ALGORITHMS OF PROSTHETICS OF PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS THE USE METHOD OF UNIFORM ORTHOPEDIC DESIGNS IN CONDITIONS OF AMBULATOR

Volkova T.V.
Dental clinic №29, Saint-Petersburg University
Saint-Petersburg, Russian Federation

Keywords: type 2 diabetes mellitus, non-removable dental prosthetics, out-patient polyclinic reception

Актуальность проблемы. Сахарный диабет 2 типа (далее СД) представляет собой серьезную медико–социальную проблему, число больных увеличивается ежегодно в геометрической прогрессии, заболевание имеет кумулятивный характер и сопровождается высокой инвалидизацией больных [1]. По определению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, «сахарный диабет является проблемой всех возрастов и всех стран» [2]. Неоднократно описано негативное влияние сахарного диабета на состояние центральной и периферической нервной системы, как следствие нестабильное психоэмоциональное состояние человека [3]. Что вызывает сложности при установлении контакта врач-больной, затрудняет проведение врачебных манипуляций в полном объеме, осложняет процессы привыкания и использования ортопедических конструкций [3, 4]. Зубные протезы, в свою очередь, ухудшают состояние полости рта наличием большого числа ретенционных пунктов, способствующих образованию зубного налета, развитию грибковых поражений, травматизацией слизистой оболочки, дополнительной нагрузкой на ткани пародонта.

Целью нашего исследования стало: оценить качество жизни пациентов после проведения ортопедического лечения пациентов страдающих СД и разработать единый протокол предпротезной подготовки и протезирования таких пациентов.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено когортное проспективное исследование двух групп пациентов. В первую группу исследования вошли пациенты, страдающие сахарным диабетом 2 типа, имеющие дефекты З, Р, по Кеннеди (класс): 1 класс: 70%. 2 класс: 20%, 3 класс: 10%. Половозрастная характеристика группы были следующей: Мужчины: 10%, Женщины: 90%; возраст: 50-55 лет: 40%, 56-60 лет: 40%, 61-65 лет: 10%, старше 66 лет – 10%.

Вторую (контрольную) группу исследования составили здоровые лица, имеющие дефекты З, Р, по Кеннеди (класс): 1 класс: 70%. 2 класс: 20%, 3 класс: 10%. которым применялся метод несъемного и несъёмного протезирования. Характеристика группы следующая: Мужчины: 10%, Женщины: 90%; возраст: 50-55 лет: 30%, 56-60 лет: 0%, 61-65 лет 30%,

старше 66 лет – 40%. Первым этапом нашего исследования стал анализ проведённой предпротезной подготовки в исследуемой группе. Для первой группы в качестве предпротезной подготовки были применены следующие методы: хирургическая, пародонтологическая, терапевтическая, работа с эндокринологом по нормализации уровня сахара в крови. Следующим этапом стало применение разработанного метода анкетирования, с последующей математико-статистической обработкой полученных данных. В качестве стандартизации и оценки полученных данных использовали метод подсчета «относительный риск». Как известно, относительный риск – это отношение частоты исходов среди исследуемых, на которых оказывал влияние изучаемый фактор, к частоте исходов среди исследуемых, не подвергавшихся влиянию этого фактора [5. 6, 7]. Также мы применяли графический метод, в частности круговые секторные диаграммы.

Результаты.

В результате проведенного метода анкетирования по определению качества жизни, нами были получены следующие данные, представленные в таблице №1

Таблица №1. Оценка качества жизни, методом анкетирования

Качество жизни	**Пациенты с СД**	**Контрольная группа**
Фиксация съемного протеза	Плохо 20%, Умеренно 20%, Удовлетворительно 10%, Хорошо 50%	Плохо 10%, Умеренно 30%, Удовлетворительно 10%, Хорошо 50%
Нарушение дикции	Плохо 20%, Умеренно 10%, Удовлетворительно 30%, Хорошо 40%	Плохо 0%, Умеренно 30%, Удовлетворительно 50%, Хорошо 20%
Затруднение при пережевывании пищи	Плохо 0%, Умеренно 30%, Удовлетворительно 20%, Хорошо 50%	Плохо 20%, Умеренно 20%, Удовлетворительно 50%, Хорошо 10%
Потеря вкусовой чувствительности	Плохо 0%, Умеренно 40%, Удовлетворительно 20%, Хорошо 40%	Плохо 0%, Умеренно 40%, Удовлетворительно 30%, Хорошо 30%
Восстановление функции жевания	Плохо 20%, Умеренно 20%, Удовлетворительно 30%, Хорошо 30%	Плохо 0%, Умеренно 40%, Удовлетворительно 50%, Хорошо 0%
Комфорт при пользовании протезом	Плохо 20%, Умеренно 30%, Удовлетворительно 20%, Хорошо 30%	Плохо 0%, Умеренно 40%, Удовлетворительно 40%, Хорошо 20%
Уход за полостью рта и ортопедической конструкцией	Промываете протез водой -0%; Промываете протез водой + щетка с мылом – 80%; Промываете протез водой + щетка с мылом + антисептические таблетки - 10%; Промываете протез водой + щетка с мылом + антисептические таблетки, Посещение стоматолога 1 раз в 6 месяцев- 10%	Промываете протез водой -20%; Промываете протез водой + щетка с мылом – 50%; Промываете протез водой + щетка с мылом + антисептические таблетки - 30%; Промываете протез водой + щетка с мылом + антисептические таблетки, Посещение стоматолога 1 раз в 6 месяцев- 0%

Для оценки и дальнейшего использования полученных результатов для создания соответствующих регламентирующих протоколов ортопедического лечения и предпротезной подготовки, нами был использован метод подсчета относительного риска. Влияние на проведение хирургической подготовки составило: RR 1,500 [95%CI 1.262-1.783]; Влияние на проведение пародонтологической подготовки: RR 0,400 [95%CI 0.315-

0.509], Влияние на проведение терапевтической подготовки: RR 1,400 [95%CI 1.108-1.770]. Таким образом, проведение качественной предпротезной подготовки перед протезированием для пациентов, страдающих сахарным диабетом, влияет на качество протезироваия, сокращает сроки адаптации к протезам, позволяет влиять на результат и улучшает качество жизни. Причем данный метод применим не, только для пациентов с эндокринной патологией, но и для здоровых лиц.

Вывод. Успех ортопедического лечения больных СД в большей степени зависит от индивидуального подхода к протезированию больных с учетом особенностей патологического процесса в тканях ротовой полости, методического подхода к выбору конструкции протезов, постоянного наблюдения за пациентами, как в период адаптации, так и при дальнейшем пользовании.

Список литературы.

1. Лекции по ортопедической стоматологии: учебное пособие / Под ред.проф. Т.И. Ибрагимова. — М. : ГЭОТАРМедиа, 2010. — 208 с.
2. Тимофеева-Кольцова, Татьяна Петровна. Особенности стоматологического ортопедического лечения больных сахарным диабетом : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.21. - Москва, 1995. - 25 с.
3. Филимонова, Е.В. Оценка состояния минеральной плотности костной ткани у пациентов с заболеваниями пародонта при завершении ортодонтического лечения /Е.В. Филимонова, С.В. Дмитренко, JJ.А. Хоролъская//Ортодонтия. — 2006. № 1. — С. 4-5.
4. Орехова, Л.Ю. Клинические проявления пародонтита у больных при различном состоянии компенсации сахарного диабета / Л.Ю. Орехова, В.Л. Губаревская, Э.С. Оганян // Учен. зап. С.-Петерб. гос. мед. ун-та им. И.П. Павлова. 2000. - № 2. - С. 137-138.
5. Белялова Н. С., Белялов Ф. И. Факторы риска и профилактика рака. Часть 1. // Клиническая медицина, 2005, №11. С. 17–21.
6. Перова Н. В., Метельская В. А., Покровская М. С. Новое в международных системах определения суммарного риска сердечно - сосудистых заболеваний для использования в клинической практике. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2014. — 10 с.
7. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) Atherosclerosis 2011; 217S:S1–S44

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОГРАММЫ ЛЬГОТНОГО ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРОФИЛЯ

Головина Т.С., Удальцова Н.А.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, программа льготного протезирования, ортопедическая стоматология

ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF PROVIDING THE PROGRAM OF PREGNANT DURING PROSTHETICS IN PATIENTS WITH SUGAR DIABETES OF 2 TYPES IN CONDITIONS OF POLYCLINIC OF STATE PROFILE

Golovina T.S., Udaltsova N.A.

Dental clinic №29

Saint-Petersburg, Russian Federation

Key words: Type 2 diabetes mellitus, a program of preferential prosthetics, orthopedic dentistry

Актуальность проблемы. Получение медицинской стоматологической помощи учения населением РФ определено в рамках Территориальной программы федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее ОМС) [1]. Как известно, оказание ортопедической стоматологической помощи не включено в данную программу. В связи с этим получить ортопедическую стоматологическую помощь возможно в соответствии с

действующим прейскурантом на оказание платных медицинских услуг в каждом конкретном учреждении. Но существуют программы по льготному зубопротезированию, данные программы нашли свое отражение на разных территориях России и отличаются в зависимости от региона и финансово-экономической составляющей [2].

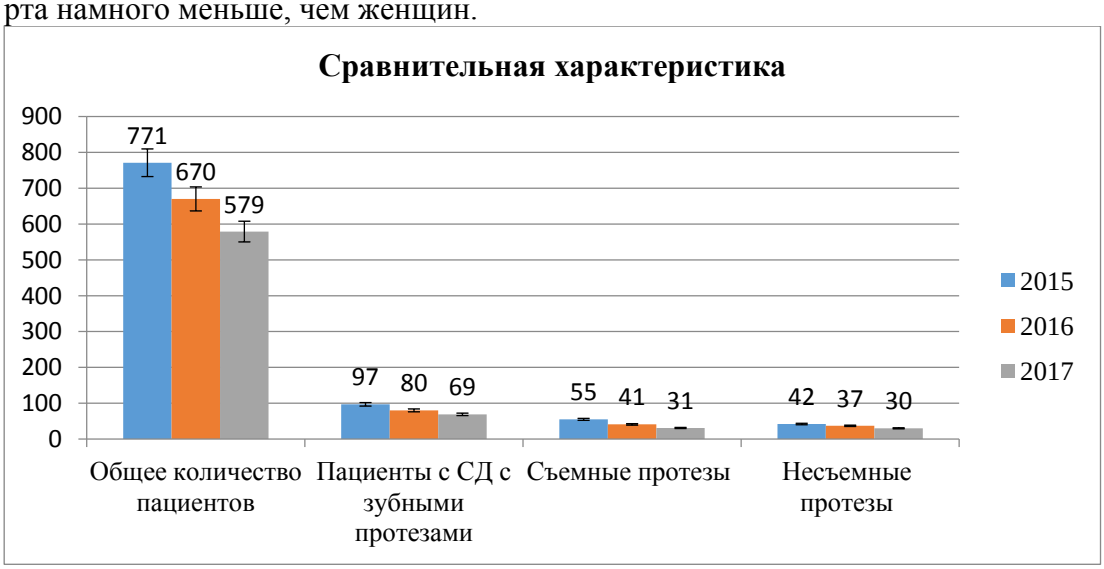
Цель исследования. Оценить возможность выполнения программы льготного зубопротезирования на территории стоматологической поликлиники районного подчинения с бюджетным финансированием.

Материалы и методы исследования. Периоды для исследования были выбраны: 2015-2017 годы. Критериями выбора группы пациентов для исследования стали: наличие эндокринной патологии сахарный диабет 2 типа (далее СД 2 типа), показания для обеспечения выполнения программы льготного зубопротезирования. Пациентам была оказана предпротезная подготовка. Выполнение хирургической подготовки к протезированию - у пациентов было основано на наличие ярко-выраженных поражений слизистой десневого края и пародонта. Следующим этапом стало выполнении терапевтической, пародонтологической и при необходимости аллергологической предпротезной подготовок. Затем пациентам был составлен план ортопедического лечения. Для оценки полученных результатов были применены методы математико-статистического анализа с использованием метода столбиковых гистограмм.

Результаты. В 2015 году пациентов с сахарным диабетом получивших зубные протезы было 97,из них женщин 87, мужчин 10; в 2016 году пациенты с сахарным диабетом, получившие протезы 80 пациентов (женщин 58, мужчин 22); в 2017 году пациентов с сахарным диабетом, получивших зубные протезы было 69 (женщин 61, мужчин 8). В терапевтической и хирургической подготовке нуждались 91 % пациентов за все годы проведенного исследования. Только пациенты, ранее пользовавшиеся полными съемными протезами а - не нуждались в предварительной подготовке полости рта к протезированию.

Заключение.

1. Количество пациентов страдающих сахарным диабетом и нуждающихся в льготном зубном протезировании за истекший период изменилось в сторону уменьшения таких пациентов.
2. Более 90 % пациентов нуждаются в предпротезной - терапевтической и хирургической подготовке полости рта к протезированию.
3. Мужчин, страдающих сахарным диабетом и нуждающихся в протезировании полости рта намного меньше, чем женщин.



Вывод. Всем пациентам, которым в 2015, 2016, 2017 годах было проведено ортопедическое лечение в рамках программы льготного зубопротезирования, находятся на контроле – периодически пациенты приглашаются на профилактические осмотры как врачами – стоматологами-пародонтологами так и врачами-стоматологами – ортопедами.

Работа поликлиники дает возможность провести реабилитацию пациентом, страдающим сахарным диабетом в полном объеме.

Список литературы.

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ
2. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 03.05.2017 N 318 (с изменениями на 23 марта 2018 года)

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В МОСКВЕ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В СВЯЗИ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дягилев А.И., Робустова Т.Г., Иорданишвили А.К.
Медико-социальный институт, Медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова,
Москва, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты, стоматологические заболевания, особенности потребления лекарственных препаратов, средняя поддерживающая суточная доза препарата.

CHARACTERISTICS OF THE CONSUMPTION OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN MOSCOW, SAINT-PETERSBURG AND LENINGRAD REGION IN CONNECTION WITH DENTAL DISEASES

Dyagilev A. I., Robustova T. G., Iordanishvili A. K.
Medico-socail Institute, Medical-dental University. A. I. Evdokimov
North-West State Medical University. I.I. Mechnikova
St. Petersburg; Moscow, Russia

Key words: nonsteroidal anti-inflammatory drugs, dental disease, especially drug consumption, supporting average daily dose of the drug.

Резюме. Оценено потребление нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в стоматологической практике по материалам продаж в аптеках Москвы, Санкт-Петербурга и Ленинградской области за 2015 – 2017 гг. Установлено, что наибольшее потребление НПВП отмечено в осенне-зимний период.

За период исследования отмечено снижение продаж НПВП, действующим веществом которых является диклофенак и увеличение и продаж НПВП, действующим началом которых являются кеторолак, нимесулид, кетопрофен и эторикоксиб.

Введение. До настоящего времени не исследовались особенности потребления нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в стоматологической практике. В тоже время, рациональное использование НПВП в стоматологической практике при различных заболеваниях, сопровождающихся острым и хроническим болевым синдромом, а также в пред- и послеоперационном периодах, важно для повышения удовлетворённости пациентами стоматологическим лечением и для повышения качества стоматологических лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы. В ходе исследования оценивали потребление НПВП в амбулаторной стоматологической практике, а также в многопрофильном лечебно-профилактическом стационарном учреждении, в состав которого входят отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Оценка потребления НПВП проводилась по материалам продаж в аптеках Москвы, Санкт-Петербурга и Ленинградской области, находящихся в спальных районах около крупных стоматологических поликлиник, а также в стационаре за период 2015-2017 гг. Оценивали объём поступлений НПВП, а также количество упаковок НПВП с учётом их стоимости. Вычисляли долю НПВП в стоимостном и натуральном выражении в отношении ко всему объёму реализованных лекарственных средств.

Результаты исследования. На первом этапе исследования была создана его методологическая база, алгоритм которой представлен в таблице. Информационный спрос на лекарственный препарат анализировали с учётом данных по Российской Федерации по данным общепринятого индекса Вышковского (Iv), выражаемого в промиллях, который определяется как отношение количества запросов к описанию определённого бренда к общему числу запросов ко всем брендам в системе RLSNT[r] за определённый срок. Было установлено, что полученные данные по потреблению НПВП в Москве, Санкт-Петербурге и Ленинградской области, в основном соответствовали данным по Российской Федерации с учётом индекса Вышковского. Кроме этого отмечено, что наибольшее потребление НПВП отмечено в осенне-зимний период, что, очевидно связано с обострением хронических стоматологических заболеваний, большим количеством хирургических вмешательств, выполняемых в этот период времени в поликлинических и стационарных условиях. Отмечено, что за последние два года отмечено снижение продаж НПВП, действующим веществом которых является диклофенак и увеличение и продаж НПВП, действующим началом которых являются кеторолак, нимесулид, кетопрофен, также обладающих умеренной или выраженной селективностью в отношении ЦОГ-1 и ЦОГ-2.

Таблица №1. Торговые названия, производители и средняя цена современных НПВП.

Действующее вещество	Химическая группа	Селективность в отношении ЦОГ-1/2	Торговые названия	Производитель	Индекс Вышковского	Средняя розничная цена, руб
Метамизол натрия	Пиразолоны	Выраженная селективность в отношении ЦОГ-1	1.Анальгин	1.Фармстандарт-Лексредства (Россия) 2.Медисорб ЗАО (Россия) 3.Татхимфармпрепараты ОАО (Россия) 4.Дальхимфарм (Россия)	0,0966	9,2 руб. за упаковку из 10 таб. по 500 мг.
			2.Анальгин Авексима	Анжеро-Судженский химико-фармацевтический завод ООО (Россия)	0,0005	50,4 руб. за упаковку из 10 таб. по 500 мг.
			3.Анальгин-ЭкстраКап	Фармстандарт-Лексредства (Россия)	0,0003	56 руб. за упаковку из 10 капс. по 500 мг.
Диклофенак	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	Умеренная селективность в отношении ЦОГ-1	1.Вольтарен Акти	ГлаксоСмитКляйнХелскер АО (Россия)	0,0015	116 руб. за упаковку из 10 таб. по 12,5 мг.
			2.Ортофен	Татхимфармпрепараты ОАО (Россия)	0,0301	34 руб. за упаковку из 20 таб. по 25 мг.
			3.Диклофенак	1.Озон ООО (Россия)	0,0336	18 руб. за упаковку из 20 таб. по 50 мг.
				2.Hemofarm (Сербия)	0,0336	33 руб. за упаковку из 20 таб. по 50 мг.
			4.Наклофен Дуо	KRKA (Словения)	0,018	101 руб. за упаковку из 20 капс. по 75 мг.
Кеторолак	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	Умеренная селективность в отношении ЦОГ-1	1.Долак	Кадила Фармасьютикалз Лимитед (Индия)	0,019	29 руб. за упаковку 20 таб. по 10 мг.
			2.Кетанов	SC Terapia S.A. (Румыния)	0,0614	56 руб. за упаковку 20 таб. по 10 мг.
				Ranbaxy (Индия)	0,0614	45 руб. за упаковку 20 таб. по 10 мг.
			3.Кеторолак	Татхимфармпрепараты ОАО (Россия)	0,1258	24 руб. за упаковку 20 таб. по 10 мг.
			4.Кеторол	Dr. Reddy's Laboratories Ltd. (Индия)	0,0672	38 руб. за упаковку 20 таб. по 10 мг.
Мелоксикам	Оксикамы	Умеренная селективнос	1.Амелотекс	СотексФармФирма (Россия)	0,1207	108 руб. за упаковку 10 таб.

		ть в отношении ЦОГ-2				по 15 мг.
			2.Мелоксикам	ВЕРТЕКС ЗАО (Россия)	0,033	93 руб. за упаковку 10 таб. по 15 мг.
			3.Мовалис	BoehringerIngelheimInternational (Германия)	0,2881	513 руб. за упаковку 10 таб. по 15 мг.
Ибупрофен	Производные пропионовой кислоты	Умеренная селективность в отношении ЦОГ-1	1.Ибупрофен	Синтез ОАО (Россия)	0,0694	38 руб. за упаковку 20 таб. по 400 мг.
			2.Миг	Берлин-Хеми/Менарини, Германия	0,0417	131 руб. за упаковку 20 таб. по 400 мг.
			3.Нурофен	Reckitt Benckiser Healthcare International Ltd. (Великобритания)	0,1405	160 руб. за упаковку 20 таб. по 200 мг.
Кетопрофен	Производные пропионовой кислоты	Выраженная селективность в отношении ЦОГ-1	1.Кетонал	Lek (Словения)	0,0779	204 руб. за упаковку 20 таб. по 100 мг.
			2.Кетопрофен	Биоком ЗАО (Россия)	0,0063	150 руб. за упаковку 20 таб. по 100 мг.
			3.Фламакс форте	Replekpharm AD (Республика Македония)	0,0078	137 руб. за упаковку 20 таб. по 100 мг.
Нимесулид	Сульфонамиды	Умеренная селективность в отношении ЦОГ-2	1.Нимесил	LaboratorioGuidotti/Menarini Group (Италия)	0,4666	723 руб. за 30 пакетиков по 100 мг.
			2.Найз	Dr. Reddy's Laboratories Ltd. (Индия)	0,0745	215 руб. за упаковку 20 таб. по 100 мг.
			3.Нимика	IpcaLaboratories (Индия)	0,0023	213 руб. за упаковку 20 таб. по 100 мг.
Целекоксиб	Коксибы	Выраженная селективность в отношении ЦОГ-2	1.Дилакса	КРКА-Рус (Россия)	0,0589	241 руб. за упаковку 10 таб. по 200 мг.
			2.Целебрекс	PfizerInc. (США)	0,1111	380 руб. за упаковку 10 таб. по 200 мг.
Эторикоксиб	Коксибы	Выраженная селективность в отношении ЦОГ-2	Аркоксия	MerckSharp&Dohme B.V. (Нидерланды)	0,0534	488 руб. за упаковку 7 таб. по 90 мг.

Кроме того, за 2017 год существенно возросла потребляемость НПВП, действующим началом которого является: эторикоксиб, обладающего выраженной селективной активностью в отношении ЦОГ-2. В стационарных условиях достоверно чаще использовались НПВП с низкой средней розничной ценой. В амбулаторной стоматологической практике достоверных различий в потребляемости НПВП не отмечено ($p \geq 0,05$).

Заключение. В ходе проведённого исследования создана методологическая база для его проведёния, алгоритм которой включает анализ действующего начала химическую группу НПВП, их селективность в отношении ЦОГ-1 и ЦОГ-2, а также торговые названия препаратов, их производителя и среднюю розничную стоимость. Проанализирован информационный спрос на различные НПВП по Российской Федерации, а также по Москве, Санкт-Петербургу и Ленинградской области, которые в основном сопоставимы. Установлено, что наибольшее потребление НПВП в стоматологической практике отмечено в осенне-зимний период. При этом в течение 2015-2017 годов произошло снижение продаж НПВП, действующим веществом которых является диклофенак и увеличение и продаж НПВП, действующим началом которых являются кеторолак, нимесулид, кетопрофен и эторикоксиб.

Литература

1. Кукес В. Г. и др. Клиническая фармакология: учебник / под ред. В. Г. Кукеса, Д. А. Сычева. - 5-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1024 с. : ил.
2. Робустова Т. Г. и др. Хирургическая стоматология: Учебник / 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 688 с: ил.
3. Coulthard P., Patel N., Bailey E., Coulthard M.B., Measuring pain after oral surgery. Oral Surg., 2014; 7(4): 203-208.

FEATURES OF DYNAMIC OBSERVATION BY THE DENTIST OVER ELDERLY PEOPLE THE SUFFERING PERIODONTAL DISEASE AND A DIABETES MELLITUS

[1]Eberhard David, [2]Zaborovsky K.A., [2]Pirtskhelava S.C.
[1]Saint Yoran's hospital, [2]Leningrad Region Hospital "Tosnensky Hospital", Tosno of the Leningrad Region
Stockholm, Sweden, Saint-Petersburg, Russia

Keywords: Dispensary and dynamic observation, diabetes mellitus, periodontal disease, advanced age

The organization of dispensary and dynamic observation by the dentist over villagers of advanced age by the suffering periodontal disease and a diabetes mellitus taking into account prevalence and intensity of signs of a periodontal disease is investigated. Comparison of the organization of the dental help to villagers of advanced age of the Leningrad Region and the region of Stockholm Sweden suffering from a periodontal disease is carried out.

Introduction

Medical examination — system preventive and the treatment performed by medical institutions. The federal law No. 323 Federal Law "About Protection of Public Health in the Russian Federation" determines medical examination as dynamic observation over persons by the suffering chronic diseases, functional disorders, other states for early detection, prevention of complications, exacerbations of diseases, other pathological states, their prophylaxis and medical after treatment. Medical examination in an odontology is intended to provide primary, secondary and tertiary prophylaxis of illnesses of an oral cavity. Each health worker has to participate in dispensary work [1].

WHO reports that illnesses, the parodont it is possible to warn and control, keeping teeth during all life;

Medical examination of dental patients consists of 5 basic elements: selection, observation, improvement, planning and management of medical examination [1]. The main medical examinations are a determination of dynamics of needs in the dental help and assessment of clinical performance of treatment-and-prophylactic actions of stomatologic orientation. It is necessary to consider that if the profile expert - the doctor-endocrinologist has patients with the taped diabetes mellitus almost absolute coverage dispensary observation, then at the dentist percent we are sick with a diabetes mellitus suffering also from a periodontal disease it is much less.

Materials and methods

The research on side of the Russian Federation was conducted on the basis of stomatologic unit of hospital where for stomatologic inspection the elderly people suffering from a diabetes mellitus were referred. Inspection there passed 340 patients with the established diagnosis a diabetes mellitus 2 types. From them 104 men and 239 women of advanced age with prescription of a disease 1-4 years. On each patient the medical record of the stomatologic patient and "The card of assessment of the stomatologic status" was created.

Clinically the condition of tissues of the parodont was estimated by means of the hygienic (HI), parodontal (PI) papillary and marginal and alveolar (PMA) of indexes. The condition of a bone tissue of interdental septums was studied by means of intra stomatic and panoramic roentgenography. Besides, the mobility of teeth, expression of a furkation was estimated.

At registration the Control map of dispensary observation was filled out (The registration form No. 030/at approved by MZ USSR 10 10.03.56). Comparative part of a research was carried out according to the data which are available in electron medical records of inhabitants of advanced

age Stockholm of the Kingdom of Sweden having pathology of the parodont and a diabetes mellitus of the second type. Medical records were 121 patients of dental clinics from which 22 men and 99 women are studied. All patients had a disease of Diabetum in compensation stage (glucose level in a blood didn't exceed 8 mmol/l).

To persons with the taped periodontal disease depending on degree of expression of pathological process conservative or surgical treatment, physiotherapy was prescribed, orthopedic treatment was held.

Results of a research and discussion

Distribution of frequency of detestability of a periodontal disease at the elderly people suffering from a periodontal disease is presented in table 1

	absolute value	%
Residents of Tosnensky District of the Leningrad Region		
Men	90	86,5
Women	221	92,4
Residents of Stockholm		
Men	21	95,4
Women	91	91,9

After primary survey to all elderly people living in Tosnensky District of the Leningrad Region and subjects to dispensary observation in connection with the taped periodontal disease the professional hygiene of an oral cavity is carried out, conservative treatment is prescribed. Further treatment was planned. 82 (91%) men and 201 (90,9%) the woman needed a rational prosthetic repair. The splint age of dentitions was shown to two patients. 29 (23,3%) to men and 104(47,05%) were shown to women expeditious treatment.

To control dispensary reception there arrived 32 (35,5%) men and 197 (89,1%) women. Most likely it is bound to unwillingness to continue treatment at the stomatologist. On repeated reception to patients events of therapeutic and surgical character were held. 28 (31,1%) to men and 107 (48,4%) to women are prescribed physiotherapeutic treatment. To three patients the closed curettage the pathological of dentogingival pockets is carried out.

After a course the sanitation of actions 18 (20%) men and 104 (56,1%) women attended dispensary appointment. To two patients orthopedic treatment is executed.

Surgical treatment in the form of scrappy operations with filling of a cavity of dent gingival pockets with osteoplastic materials with use of the resolving membranes is carried out to 4 women.

Remission of a disease on the fourth dispensary survey became perceptible at 8 men and 64 women. The specified patients strictly adhered to references of the attending physician, carried out all prescriptions, passed all necessary volume of treatment.

Elderly inhabitants Stockholm also completed courses of complex treatment. After treatment stabilization process was occurred at 19 men and 89 women.

Conclusion

It is necessary to notice that the elderly people referred on consultation of the dentist during which at them the periodontal disease was taped and treatment is offered passed it in incomplete structure. In a counterbalance inhabitants Stockholm underwent treatment in full therefore at them there occurred process stabilization. The insignificant number of the patients who successfully finished treatment in the Russian Federation is bound first of all to unwillingness of patients to visit the dentist for treatment of chronic diseases.

Literature

1. Grinin V.M., Kasimovskaya N.A. Organization of dental care for the population. Glava 6. V kn.: M: GEHOTAR- Media 2013; 688: 399—428.

2. Iordanishvili, A.K. Dental status of elderly and senile people / A.K. Iordanishvili, S.V. Soldatov, L.N. Soldatova i dr. // Uspekhi gerontologii. - 2010. - T. 23, № 4. - S. 644-651.

3. Savchenko Z.I., Clinical and immunological characteristics of periodontal conditions in patients with diabetes mellitus II type / Savchenko Z.I., Kozodoeva M. V., Ivanova E. V., Evetifeeva O. V. // Klinicheskaya stomatologiya. 2011, № 3. C. 76-79.

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF OCCUPATIONS MEDICAL PHYSICAL CULTURE THE PATIENTS SUFFERING FROM A DIABETES MELLITUS

Ilyukov Sergey, Zaborovsky K.A.
Center of sports medicine of Helsinki, Medical and diagnostic center, Leningrad Region "Tosnensky Hospital"
Finland, Qatar, Saint-Petersburg, Russia

Keywords: diabetes mellitus, medical physical culture, "FirstbeatSports"

Abstract. The research of functionality of the patients suffering from a diabetes mellitus engaged in medical physical culture by means of the apararto-program FirstbeatSports complex is conducted.

Occupations medical physical culture is under construction on the basis of patterns of adaptation of an organism to exercise stresses taking into account a set of factors, such as readiness level, experience of occupations, target reference points, volume and character of loads. Besides, during the planning of loads and assessment of training effect it is necessary to take into account extra training factors a physical and psychoemotional condition of engaged. Accounting of a large number of factors allows to individualize preparation process, to make training influences more exact and effective, but at the same time represents a difficult task for the doctor of physiotherapy exercises and the instructor-methodologist. Testing of special readiness is made, as a rule, by means of the medical and pedagogical observation allowing comparing results in group, to tap weaknesses of preparation. Modern control devices of an acceptability of loads allow determining the level of an exercise stress during the occupations. Approbation of a technique of complex assessment of a functional condition of patients of the engaged medical physical culture suffering from a diabetes mellitus was a research objective.

During the research the following problems were solved:

- Assessment of efficiency of a load;
- Determination of quality of restoration.

For the solution of objectives assessment of efficiency of a load and quality of night restoration by means of a hardware and software system of "FirstbeatSports" allowing to count by means of the mathematical analysis of a cordial rhythm the size of consumption of oxygen and level of accumulation of an oxygen debt during a load was carried out. 8 men and 3 women participated in a research. It was made continuous registration of the CARDIAC CONTRACTIONS RATE, dynamics of accumulation of the oxygen debt (OD) and size of the training effect (TE) was estimated. Size TE (values from 1 to 5 conventional units.) calculates in program medium of "FirstbeatSports" taking into account a training CARDIAC CONTRACTIONS RATE, specific features of the athlete, MPK and the saved-up oxygen debt. TE values from 2,9 to 3,9 reflect a training of average intensity, from 4 to 4,5 - a high-intensive training. Values from 4,5 to 5 reflect a super intensive training with high probability of negative impact on an organism [2]. According to a night pulse after the first race the restoration coefficient (RC) – the size reflecting in conventional units quality of night restoration, that is prevalence of influence of a parasympathetic nervous system during sleep was defined. Than the coefficient is more, that the quality of night restoration is higher.

Results of testing are presented in table 1.

Patient	TE, cu	OD, ml	RC, cu
AM	4,5	229	252
BM	5	275	152
CM	3,9	192	152
DM	3,7	124	172
EM	2,9	125	102

FM	3,4	147	178
GM	4,5	193	202
HM	2,9	65,5	214
AF	2,9	56,4	125
BF	4,2	194	104
CF	2,6	110	214

Symbols: *FC – a functional class, TE – training effect, OD – an oxygen debt, RC – restoration coefficient*

The analysis of the received results allowed to estimate the level of readiness and to develop references on further preparation. Patients of AM and BM: high level of special readiness and realizable efficiency, the sufficient index of restoration, correction of the training plan isn't required. Patients of CM, DM, GM: at the average level, the realizable efficiency, restoration good is reduced. To patients of DM and FM it is necessary for the technician. To patients of AF, BF and CF: high level of readiness is a reserve of rising of realizable opportunities. The patient I eat couldn't show good result, it is possible to recommend depression of loads. The patient of HM was the low level of special readiness. Thus, use of the FirstbeatSports system allows to estimate the level of special readiness of skiers Paralympians, extent of restoration and to define the factors limiting sports result. Usability informational content, reliability of results allows recommending the equipment Firstbeat for control of level of readiness and a functional condition of skiers with a vision disorder.

Literature.

1 Gavrilova, E.A., CHurganov, O.A., Zaborovskij, K.A. Evaluation of the success of sports activities at the training camp by the method of operative pulsometry /Materialy nauchno-prakticheskoj konferencii «Innovacionnye tekhnologii v podgotovke sportsmenov» // EHlektronnaya kniga v formate PDF – M.: GKU «CSTiSK» Moskomsporta, 2013. – 108 s. – [EHlektronnyj resurs] – Rezhim dostupa URL: http:// http://bmsi.ru/doc/66aa0b33-88fa-40f7-bf75-859a3274ec5b/ (data obrashcheniya 05.05.2016)

2 E. A. Gavrilova, O. A. CHurganov, A. G. SHCHurov, K. A. Zaborovskij Methods of investigating the functional state of athletes used in the field: a teaching aid. – SPb. : Izd-vo SZGMU im. I. I. Mechnikova, 2015. – 104 s.

3 Heart rate variability during night sleep and after awakening in overtrained athletes / E. Hynynen, A. Uusitalo, N. Konttinen et al.// Medicine and Science in Sports and Exercise. 2006. V.38. № 2. P. 313-317.

4 The recovery-stress questionnaire for athletes: user manualby / M. Kellmann, K. Wolfgang //Human Kinetics Publishers. 2001. P. 214.

ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО ОСТЕО-МУСКУЛЯРНОГО РЕФЛЕКСА ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Иорданишвили А.К., Лосев Ф.Ф., Музыкин М.И.
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: жевательный аппарат, дентальные имплантаты, жевательное звено, стоматологическая реабилитация, рефлексы жевательного аппарата.

CHARACTERISTIC OF A NEW OSTEO-MUSKULAR REFLECTION OF THE WRINKLING APPARATUS

Iordannishvili A.K., Losev F.F., Muzikin M.I.
North-West State Medical University. I.I. Mechnikova, Moscow Regional Scientific Research Institute. M.F. Vladimirsky; Military Medical Academy
Moscow, St. Petersburg, Russia

Резюме. На основании стоматологического клинико-физиологического обследования 147 человек (69 мужчин и 78 женщин) в возрасте от 24 до 82 лет, пользующихся зубными протезами на искусственных опорах – дентальных внутрикостных двухэтапных имплантатах различных систем, с использованием методик гнатодинамометрии и миотонометрии изучены показатели усилия сжатия зубных рядов, а также тонус жевательной мускулатуры. Выявлен новый остео-мускулярного физиологического рефлекса жевательного аппарата и определены его физиологические особенности, заключающиеся в наличии дентального имплантата как опорной части жевательного звена, незначительном повышении тонуса покоя и сжатия собственно жевательных мышц при пониженной чувствительности нервных рецепторов костной ткани челюстей.

Актуальность. В середине прошлого века, на основании 30-летних клинико-физиологических исследований профессором И.С. Рубиновым была подготовлена научная база и сформулировано учение о функциональных звеньях и рефлексах жевательного аппарата [3]. В последующем уточнялась функциональная характеристика жевательных звеньев при различных заболеваниях органов и тканей жевательного аппарата [1], появлялись его новые патологические рефлексы [2]. В последние 35 лет в нашей стране всё шире для стоматологической реабилитации пациентов с утратой зубов используются зубные протезы с фиксацией на различные дентальные имплантаты. В тоже время мало внимания уделяется изучению физиологических закономерностей жевательного аппарата при восстановлении его целостности с использованием зубных протезов на искусственных опорах.

Цель исследования заключалась в изучении показателей усилия сжатия зубных рядов у лиц, пользующихся зубными протезами на искусственных опорах.

Материал и методы. Проведено стоматологическое обследование 147 чел. (69 мужчин и 78 женщин) в возрасте от 24 до 82 лет, которые пользовались зубными протезами, в том числе на искусственных опорах – дентальных внутрикостных двухэтапных имплантатах различных систем. Дентальные имплантаты у пациентов были установлены как в переднем, так и боковых участках верхней и нижней челюстей. У всех лиц, пользующихся зубными протезами на искусственных опорах, отсутствовали воспалительные поражения пародонта, а также периимплантиты. Срок после завершения стоматологической реабилитации у пациентов был не менее 6 месяцев. У этих пациентов были изучены показатели усилия сжатия зубных рядов с помощью методики гнатодинамометрии и определён тонус жевательной мускулатуры методом миотонометрии. Данные сравнивали с показателями, полученными в группе контроля, которые не страдали стоматологическими заболеваниями. Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа - «Statistic for Windows, 6.0».

Результаты исследования и обсуждение. В ходе обследования людей, входивших в группу сравнения, были получены показатели гнатодинамометрии и миотонометрии жевательных мышц, которые согласовывались с аналогичными показателями, представленными в литературе [3]. У мужчин показатели гнатодинамометрии и миотонометрии тонуса покоя и сжатия) были достоверно выше, чем у женщин ($p \leq 0,05$). При, не зависимо от пола, этом отмечена тенденция к уменьшению изученных показателей у лиц пожилого и старческого возраста ($p \geq 0,05$). При изучении показателей гнатодинамометрии у лиц, основной группы в области передних участков зубных рядов, а также на уровне первого премоляра и первого моляра при наличии на этих участках челюстей естественных зубов, то есть системы «естественный зуб – естественный зуб»; достоверных различий с аналогичными показателями, полученными у людей группы сравнения с учётом пола не получено ($p \geq 0,05$). Также достоверно не различались показатели гнатодинамометрии у мужчин и женщин основной группы и группы сравнения при изучении системы «естественный зуб – искусственны зуб с опорой на дентальный имплантат» на уровне обозначенных отделов челюстей ($p \geq 0,05$), несмотря на имеющуюся тенденцию к повышению этого показателя на 3 – 15Н. Аналогичная тенденция отмечена с

показателями миотонометрии у лиц основной группы при изучении системы «естественный зуб – искусственный зуб с опорой на дентальный имплантат» ($p \geq 0,05$). У людей основной группы при изучении системы «искусственный зуб с опорой на дентальный имплантат – «искусственны зуб с опорой на дентальный имплантат» не зависимо от пола были достоверно повышены показатели гнатодинамометрии и миотонометрии ($p \leq 0,05$). Это свидетельствует, что по характеру протекания нервно-рефлекторных процессов в жевательном звене, где опорной частью выступает дентальный имплантат с искусственной коронкой, а нервно-регулирующей частью – костная ткань, не зависимо от расположения зубного протеза на искусственной опоре в зубном ряду, можно говорить о наличии жевательных звеньев с пониженной чувствительностью нервных рецепторов. Учитывая сказанное, а также отсутствие воспалительных процессов костной ткани челюстей (пародонтит, периимплантит) и наличие адекватной регуляции жевательной мускулатуры, что подтверждают данные миотонометрии, при восстановлении зубных рядов с использованием зубных протезов на искусственных опорах (дентальных имплантатах) необходимо выделить новый остео-мускулярный физиологический рефлекс жевательного аппарата. Особенностью остео-мускулярного физиологического рефлекса жевательного аппарата является наличие дентального имплантата как опорной части жевательного звена, а по анализу моторной части жевательного звена этот рефлекс отличается незначительным повышением тонуса покоя и сжатия собственно жевательных мышц при пониженной чувствительности нервных рецепторов костной ткани челюстей. Жевательное звено с опорной частью в виде дентального имплантата, несмотря на повышенную жевательную нагрузку, обычно характеризуется нормальным физиологическом протеканием нервных процессов. Это подтверждается в практике клинической стоматологии хорошей адаптацией и перестройкой взаимосочетанных рефлексов жевательного аппарата у пациентов [3], стоматологическая реабилитация которых, в том числе при разобщении зубных рядов, осуществляется зубными протезами на искусственных опорах, в том числе при взаимодействии физиологического рефлекса на растяжение жевательной мускулатуры с периодонто-мускулярным и остео-мускулярным физиологическими рефлексами жевательного аппарата.

Литература

1. Балин, В.Н. В развитие научных взглядов проф. И.С. Рубинова и проф. А.К. Иорданишвили на патогенез и лечение болезней пародонта / В.Н. Балин, Л.В. Васильева // Terra medika. – 2003. – № 1 (2). – С. 16 – 18.
2. Влияние метода фиксации полных съемных протезов на эффективность пользования и психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили, Е.А. Веретенко, В.В. Лобейко [и др.] // Институт стоматологии. – 2014. – № 4 (65). – С. 28 – 35.
3. Рубинов, И.С. Физиологические основы стоматологии / И.С. Рубинов. – Л.: Медицина, 1970. – 334 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОГЕННЫХ ПЕПТИДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Иорданишвили А.К., Рыжак Г.А., Хромова Е.А., Удальцова Н.А., Присяжнюк О.В.
ВМедА им. С.М. Кирова, СПб Институт Биорегуляции и Геронтологии СЗО РАМН, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Университет» Минздравохранения РФ, СПб ГБУЗ «СП№29»
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: заболевания пародонта, пародонтит, сахарный диабет, гигиена полости рта, пептидые биорегуляторы, биорегулирующая терапия, коморбидность.

USE OF BIOGENIC PEPTIDES IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF PARODONT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS II TYPE

Iordanishvili A.K., Ryzhak G.A., Khromova E.A., Udaltsova N.A., Prisyajnyuk O.V.
North-West State Medical University. I.I. Mechnikova,
Saint-Petersburg, Russia

Keywords: dental health, chronic generalized periodontitis, type 2 diabetes, the doctor-internist, dynamic monitoring, comprehensive treatment.

Введение. Значимость патологии пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа определяется не только высокой распространенностью, но и мультифакториальным генезом заболевания, отрицательно влияющим на организм в целом, приводя, в конечном счете, к невысокой эффективности проводимого лечения, и, что особенно важно, снижается продолжительность сохранения достигнутого терапевтического эффекта [1,4].

В связи с этим, перспективным направлением в комплексном лечении пародонтита у пациентов с СД 2 типа является использование пептидных биорегуляторов, способных регулировать в тканях пародонта локальные иммунные, микроциркуляторные и оксидантные нарушения, но не вызывающих дисбиотических изменений в полости рта [2,3].

Цель исследования – оценка эффективности лекарственных средств на основе природных компонентов, содержащих биогенные пептиды в период поддерживающей терапии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. В клиническое исследование были включены 20 человек с сахарным диабетом 2 типа и хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. В схеме лечения пациентов первой группы (наблюдения) (n=10) использовался препарат «Visulingual». 1 раза в день на ватной турунде вводился в пародонтальные карманы в течение 10 дней в условиях лечебного учреждения и 2 раза в день рекомендован в виде орошений в домашних условиях. Во второй группе (контроля) (n=10) пациентам применяли препарат на основе хлоргекседина и метронидазола 2 раза в день в течение 10 дней. Пациенты в группах были сопоставимы по полу и возрасту — средний возраст 52,3±1,7 лет. Средний показатель глюкозы в капиллярной крови-8,2±0,4 м.моль/литр. Клиническое исследование включало оценку показателя индекса гигиены Силнесс-Лоэ (Silness-Loe, 1962), индекса воспаления в тканях пародонта Мюлеманн (Muhlemann H.R., 1971), уровня периферического кровообращения по дозированной вакуумной пробе В.И. Кулаженко (1960 г.), сиалометрию (объем смешанной слюны за 10 минут в мл). Оценка показателей проведена до лечения, после комплексной терапии через 1 мес., а отдаленных результатов — через 3 месяца.

Результаты исследования. После проведенного лечения у пациентов 1-ой группы, значительно уменьшились воспалительные явления в тканях пародонта, положительная динамика выражена сильнее, чем у пациентов группы сравнения. Так, среднее значение индекса кровоточивости Мюлеманна (Muhlemann H.R., 1971) снизилось на 82% (2,20±0,10 и 0,40±0,11 баллов соответственно), тогда как для группы сравнения эта величина составила только 22%. (2,34±0,11 и 1,8±0,10 баллов соответственно). Среднее значение редукции индекса гигиены Силнесс-Лоэ (Silness-Loe, 1962) в 1 группе составило 84%, в группе 2 — 78%.

Время образования гематом в группах составило в среднем 4,51±0,27 сек. После проведенного лечения время образования гематом на десне в 1 группе выросло незначительно и составило в среднем (4,51±0,27 сек., и 6,21±0,19 сек. соответственно). Во 2-ой группе время образования гематом на десне оставалось на уровне первичного обследования (4,51±0,27 сек. и 4,50±0,25). В 1 группе отмечалось улучшение секреторной функции слюнных желез. Объем смешанной слюны за 10 минут составил в среднем 3,43±0,06 мл против 2,7±0,02 мл до лечения. Через 3 месяца уровень секреции слюны оставался на том же уровне, что отражалось на субъективных ощущениях. У пациентов группы контроля наблюдалось снижение уровня секреции слюны (2,7±0,02 мл против 1,9±0,04 мл после лечения).

Таким образом, результаты исследования показали эффективность применения биогенного пептида «Visulingual» в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта в период поддерживающей терапии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Литература

1. Иорданишвили А.К., Самсонов В.В., Солдатова Л.Н., Поленс А.А., Рыжак Г.А. Применение биорегулирующей терапии в комплексном лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. 2012. Т. 25. № 1. С. 181-186.
2. Иорданишвили А.К., Бельских О.А., Карев Ф.А. и соавт. Функциональные показатели вкусовой рецепции при хронических заболеваниях почек, кишечника и эндокринной патологии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2016. – № 2 (58). – С. 81 – 84.
3. Каршиев Х.К., Робустова Т.Г., Музыкин М.И., Иорданишвили А.К. Оценка степени тяжести течения осложнённых форм острой одонтогенной инфекции // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2017. № 4 (60). С. 67 – 71.
4. Комаров Ф.И., Шевченко Ю.Л., Иорданишвили А.К. Долгожительство: ремарки к патологии зубов и пародонта // Пародонтология. 2017. № 2. С. 13 – 15.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Иорданишвили А.К., Сериков А.А.
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: парафункции жевательных мышц, бруксизм, височно-нижнечелюстной сустав, фармакотерапия, диагностика, лечение, стандарт оказания медицинской помощи, окклюзионная реабилитация, сплинтерапия, зубное протезирование.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PARAMETERS OF THE GERVIC MUSCLES

Iordannishvili A.K., Serikov A.A.
North-West State Medical University. I.I. Mechnikova
Saint-Petersburg, Russia

Key words: parafunctions of masticatory muscles, bruxism, temporomandibular joint, pharmacotherapy, diagnostics, treatment, standard of medical care, occlusive rehabilitation, splinotherapy, dental prosthetics.

Резюме. В работе на основании анализа первичной медицинской документации 45 человек (40 мужчин и 4 женщин) в возрасте от 24 до 69 лет, проходивших лечение по поводу разных форм парафункций жевательных мышц в двух медицинских учреждениях представлены сведения о частоте использования различных методов диагностики и лечения этой патологии.

Имеются известные сложности при диагностике и лечении пациентов, страдающих заболеваниями жевательных мышц [1]. Парафункции жевательных мышц часто рецидивируют, сочетаются с патологией ВНЧС при которой длительное время может сохраняться артралгия [2,3]. При парафункциях жевательных мышц также возможно развитие генерализованной формы повышенной стираемости твёрдых тканей зубов, что осложняется нарушением жевания, речи, эстетики лица, а также уменьшением межальвеолярного расстояния, при котором возможно возникновение синдрома Костена. Помочь выйти из такого «порочного круга» стоматологическому больному может устранение болевого синдрома, использование психофармакологических и психотерапевтических методов, направленных на изменение отношения пациентов к болезни. Только комплексный подход к здоровью пациента с парафункцией жевательных мышц может обеспечить хороший лечебный эффект и длительный период её ремиссии. У взрослых людей, часто страдающих коморбидными заболеваниями необходимо своевременное диагностирование рассматриваемой патологии. В тоже время анализ доступных методов оценки состояния и диагностики патологии парафункций жевательных мышц в ведомственных учреждениях практически не проводился. Это

осложняется тем, что в настоящее время в отечественном здравоохранении отсутствуют медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи при указанной патологии, что затрудняет оценку качества и эффективности лечения, а порой – проведение судебно-медицинской экспертизы.

Цель работы состояла в анализе методов диагностики и лечения, использующихся у взрослых людей при парафункциях жевательных мышц с учётом материально-технической обеспеченности медицинских организаций.

В работе на основании анализа первичной медицинской документации 45 человек (40 мужчин и 4 женщин) в возрасте от 24 до 69 лет, проходивших лечение по поводу разных форм парафункций жевательных мышц в двух ведомственных медицинских учреждениях представлены сведения о частоте использования различных методов диагностики и лечения этой патологии. Уточнена статистика парафункций жевательных мышц в общей структуре обращаемости пациентов, даны сведения о наличие в учреждениях медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи при парафункциях жевательных мышц. Дана характеристика использования различных методов диагностики и лечения парафункций жевательных мышц с учётом наличия стандарта оказания медицинской помощи. Показано, что отсутствие в учреждении внутреннего стандарта оказания медицинской помощи снижает качество оказания медицинской помощи, что выражается в редком использовании обязательных методов обследования (пальпация жевательных мышц, аускультация височно-нижнечелюстного сустава, миотонометрия, выявление зубочелюстных аномалий, оценка жевательной эффективности), а также уменьшении ассортимента лечебно-профилактических мероприятий, рекомендуемых при парафункциях жевательных мышц к которым относятся избирательное пришлифовывание зубов, сплинтерапия, упражнения лечебной физической культуры, а также рациональное зубное протезирование.

Список литературы

1. Заборовский К.А., Лобейко ВВ., Иорданишвили А.К. Психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желёз // Курск. науч.-практич. вестн. «Человек и его здоровье». 2014. № 3. С. 47 – 54.
2. Иорданишвили А.К., Овчинников К.А., Солдатова Л.Н. [и др.] Оптимизация диагностики и оценки эффективности лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц в стоматологической практике // Вестн. Северо-Зап. государственного медицинского университета. 2015. Том 7, № 4.С. 31 – 37.
3. Лобейко В.В., Иорданишвили А.К. Характеристика диагностических и лечебных мероприятий среди взрослых людей разного возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез // Курск. науч.- практич. вестн. «Человек и его здоровье». 2014. № 1. С. 81 – 84.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С УЧЁТОМ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Каршиев Х.К.[1] , Соломатин Д.С.[2] , Солдатов В.С.[2]
[1]Институт усовершенствования врачей, городская клиническая больница,
[2]Лечебно-профилактический центр «Альфа-дент»
Ташкент, Узбекистан; Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Изучена возможность применения шкал APACHE II и SOFA в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии при гнойно-воспалительных заболеваниях одонтогенной природы.

Ключевые слова: одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания, околочелюстная флегмона, одонтогенная инфекция, одонтогенный сепсис, шкала оценки.

Актуальность. В настоящее время, по-прежнему не редко встречаются ошибки при диагностике одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний, особенно хронических. Особенно важным является определение степени тяжести течения этих заболеваний с учётом полиморбидности [1 - 5].

THE DEFINITION OF SEVERITY OF THE COURSE OF ODONTOGENOUS PYOINFLAMMATORY DISEASES TAKING POLYMORBIDITY INTO ACCOUNT.

Karshiyev H.K. [1], Solomatin D.S. [2], Soldatov B.C. [2]
[1] Institute of improvement of the doctors, city hospital; [2] Treatment-and-prophylactic-preventive centres "Alfa-dent"
Tashkent, Uzbekistan, Saint-Petersburg, Russia

Keywords: dontogenous pyoinflammatory diseases, colocolostomy cellulitis, dontogenous infection, dontogenous sepsis, assessment scale.

Summary. The possibility of using the scales APACHE II and SOFA in stomatology and maxillofacial surgery at pyoinflammatory diseases of the dontogenous nature is studied.

Relevance. Nowadays the mistakes still meet at diagnostics the dontogenous pyoinflammatory diseases, especially chronic. Finding of severity of a course of these diseases taking into account their polymorbidity is especially important [1 - 5].

Research purpose. Studying a possibility of using the scales APACHE II and SOFA for finding of severity of a course of acute dontogenous pyoinflammatory diseases.

Material and methods. Scales of assessment of severity of a condition of patients, story of illnesses of 70 patients with phlegmons of the maxillofacial area (MA), which were complicated by a sepsis (56 men and 14 women aged from 21 up to 74 years), made the main group were used. The control group included medical documentation of 30 people, who were conducted only traditional methods of examinations and treatments.

The stories of illnesses of the patients were divided into 4 subgroups. The standard complex therapy of a main disease was carried out to all patients. The patients of the 1st subgroup (17 people) were additionally carried out a daily one-time irrigation of a postoperative wound by a freshly cooked solution of sodium hypochlorite, the 2nd subgroup (19 people) - intravenous laser radiation of the blood, the 3rd subgroup (9 people) - an irrigation by the solution of sodium hypochlorite twice a day, the 4th subgroup (14 people) – an irrigation by the solution of sodium hypochlorite and ultra-violet radiation of the blood.

Results. It is shown that in control group with initial 15 points (APACHE II scale) and 5,5 points (SOFA scale) classical complex therapy of the dontogenous infection, complicated with a sepsis, allowed to lower authentically integrated assessment by 3rd day to 12 and 1,9 points, and by 5th day up to 9 and 1,8 points respectively. Zero values of indicators to these scales were determined closer to the patients extraction. In the 1st and 2nd subgroups initial data corresponded to the control group. In the 3rd and 4th subgroups basic data corresponded to a serious sepsis and were made more than 20 points (APACHE II scale) and 5,75 points (SOFA scale), at the same time in most cases complex therapy allowed to lead used integrated indicators to zero by 5th day. 59 patients of the main group had no lethal outcomes thanks to the system of assessment APACHE II and SOFA while in control group untimely diagnostics of a sepsis was the main reason of two lethal outcomes.

Conclusion. It is established that using in protocols of diagnostics of dontogenous septic conditions of the scale APACHE II more differentially approached the disease severity diagnostics, than SOFA scale. Using the scale of APACHE II in specialized maxillofacial unit of a versatile hospital allows to diagnose in due time a sepsis, especially its severe forms as a complication of an acute dontogenous infection. This fact allows not only to optimize tactics of a multicomponent intensive care and surgical grant but also gives the chance to estimate their efficiency in dynamics at different stages of treatment and it is essential to reduce probability of lethal outcomes. In case of severe forms of a dontogenous sepsis including in structure of complex therapy of a double irrigation of wounds solution of sodium hypochlorite and ultra-violet radiation of a blood reduces score on an integrated scale of APACHE II to 0 by 5th day.

Список литературы

1. Иорданишвили А.К., Балин В.Н. и соавт. Эндогенная интоксикация при различных способах лечения распространенных флегмон (доклиническое исследование) // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье», 2017, №1, 77-80.

2. Каршиев Х. и соавт. Динамика показателей функционального состояния печени у больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, осложненными сепсисом // Якутский мед. журн. 2016. №4. С. 56–58.
3. Музыкин М.И. Лечение одонтогенного периостита челюстей у людей пожилого и старческого возраста: автореф. дис. … канд. мед. наук. 2013. СПб. 23 с.
4. Оковитый С.В., Музыкин М.И., Иорданишвили А.К. Совершенствование комплексного лечения острого одонтогенного периостита у людей старших возрастных групп // Стоматология. 2012. Т. 91, № 6. С. 63–66.
Vincent J. L., Mendonca A. et. Al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study // Crit Care Med. 1998.P. 1793 – 1800.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Коровин Н.В., Дягилев А.И.
Медико-социальный институт
г. Санкт-Петербург, Россия

APPLICATION OF NONSTEROID ANTI-INFLAMMATORY PREPARATIONS IN DENTISTRY

Korovin N. V., Dyagilev A.I.
Medico-social Institute
St. Petersburg, Russia

Ключевые слова: зубы мудрости нижней челюсти, осложнения операции удаления зуба, альвеолит, болевой синдром, оценка эффективности купирования болевого синдрома, высокоселективные нестероидные противовоспалительные препараты, коксибы, эторикоксиб.
Key words: wisdom teeth of the lower jaw, complications of the tooth extraction operation, alveolitis, pain syndrome, evaluation of pain relief effectiveness, highly selective nonsteroidal anti-inflammatory drugs, coxibs, etorikoxib.

Резюме. На основании динамического наблюдения за лечением взрослым пациентов, у которых после сложного удаления ретинированного нижнего зуба мудрости возникли гнойно-воспалительные осложнения, сопровождающиеся болевым синдромом при наличии кровяного сгустка в лунке удалённого зуба проведено лечение с использованием высокоселективного нестероидного противовоспалительного препарата эторикоксиба.

Актуальность. В практике хирургической стоматологии оперативные вмешательства на органах и тканях полости рта часто осложняются гнойно-воспалительным процессом, который сопровождается в разной степени выраженности болевым синдромом [1, 2]. Своевременное снижение интенсивности болевого синдрома или его устранение существенно улучшает самочувствие пациентов отделений хирургической стоматологии лечебно-профилактических учреждений, повышает качество их жизни, снижает показатели нетрудоспособности работающего населения [3, 4, 5].

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 95 (63 мужчин и 32 женщин) человек молодого возраста (от 19 до 29 лет), у которых после операции сложного удаления ретинированного и (или) дистопированного нижнего зуба мудрости по ортодонтическим показаниям возникли гнойно-воспалительные осложнения (альвеолит), сопровождающиеся болевым синдромом или имел место болевой синдром при наличии кровяного сгустка в лунке удалённого зуба. Все пациенты обратились за медицинской помощью в связи с осложнениями после удаления зуба мудрости на 2 – 3 сутки от проведённой операции. Лечение осложнений операции удаления зуба мудрости проводилось по общепринятым рекомендациям. Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от дозировки использования у них эторикоксиба: в 1 группе пациентов (24 чел.) эторикоксиб назначали по 30 мг один раз в сутки; у пациентов 2 группы (14 чел.) эторикоксиб назначали по 60 мг один раз; у пациентов 3 группы (33 чел.) эторикоксиб

назначали по 90 мг один раз в сутки; пациенты 4 группы (24 чел.) принимали эторикоксиб в дозировке 120 мг один раз в сутки на курс не более 5 дней.

Результаты лечения. Установлено, 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.

Заключение. Проведённое клиническое исследование по изучению эффективности применения эторикоксиба в различной дозировке при возникновении осложнений после операции удаления нижнего зуба мудрости, сопровождающихся болевым синдромом разной степени выраженности, показало, что при малой и слабой выраженности болевого синдрома, а также при средней интенсивности послеоперационной боли, целесообразно рекомендовать пациентам однократный приём этого препарата в дозировке, соответсвенно, 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 у пациентов, перенёсшим операцию удаления нижнего третьего моляра следует рекомендовать однократный приём эторикоксиба в дозировке 90 мг или 120 мг в сутки, что обеспечит снижение болевого синдрома в первые часы терапии до 42 – 61% и его полное купирование на 2 – 3 сутки от начала лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иорданишвили А.К. Советы врачу-стоматологу по выполнению инъекционных методов обезболивания на челюстях // Институт стоматологии. 2005. № 2 (27). С. 64 – 65.
2. Иорданишвили А.К. и соавт. Частота и структура осложнений после удаления зубов мудрости верхней челюсти // Институт стоматологии. 2015. № 4 (69). С. 49 – 51.
3. Иорданишвили А.К., Гололобов В.Г., Усоков Д.В. Экспериментальная оценка эффективности применения «Коллапана», «Алломатрикс-импланта» и пористой алюмооксидной керамиким для пластики костных дефектов // Институт стоматологии. 2005. № 1 (30). С. 104 – 105.
4. Иорданишвили А.К., Веретенко Е.А., Мироненко А.Н. Медицинские, социальные, экономические и юридические аспекты стоматологического лечения людей старших возрастных групп // Экология и развитие общества. 2015. № 3 (14). С. 63 – 65.
5. Malmstrom K. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and comparator-controlled dose-ranging stady // Clin. Ther. 2004. № 26 (5). P. 667 – 679.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кузнецов А.В., Волкова Т.В.
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: атрофия альвеолярного отростка, ортопедическая стоматология, сахарный диабет 2 типа, полная адентия

CLINICAL CASE OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF THE PATIENT WITH FULL ADENTITIES AND ACCOMPANYING ENDOCRINE PATHOLOGY

Kuznetsov A.V.
Dental clinic №29
Saint-Petersburg, Russian Federation

Key words: atrophy of the alveolar process, orthopedic dentistry, type 2 diabetes mellitus, complete adentium

Актуальность проблемы: Как известно, протезирование пациентов, имеющих полную адентию, осуществляется методом полных съемных протезов [1]. От частичных съемных протезов они отличаются способом фиксации и относительно постоянными границами протезного поля [2]. Отличительной особенностью фиксации полных протезов является их клапанная фиксация, состоящая в том, что в пределах нейтральной зоны и линии «А» край протеза несколько погружается в подвижную слизистую оболочку, в силу чего он становится своеобразным клапаном для тканей протезного ложа [1, 3]. Но одной из проблем при установке полного съемного протеза при данных обстоятельствах, является наличие косметологических стоматологических дефектов и неплотная клапанная фиксация. В связи с эти применение метода дентальной имплантации у таких пациентов является методом выбора. Необходимо учитывать следующие параметры: расположение имплантата, тип восстановления и номер имплантата, наличие сопутствующей патологии, особенно у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа [4, 5]. Все это оказывает влияние на предполагаемую скорость потери имплантата.

Цель исследования. Оценить возможность проведения ортопедической стоматологической помощи после дентальной имплантации у пациентов с полной адентией и сопутствующей эндокринной патологией.

Материалы и методы исследования. В клинику обратился мужчина 62 лет с жалобами на полную потерю зубов верхней и нижней челюстей и невозможность использования ранее изготовленного полного съемного протеза нижней челюсти из-за неудовлетворительной фиксации. Для решения поставленной задачи, нами были использованы следующие стандартные методы диагностики: сбор клинико-анамнестических характеристик, жалоб, общий осмотр, осмотр полости рта при помощи зеркала. Было выявлено, что пациент страдает инсулинозависимой формой сахарного диабета 2 типа и получает ежедневную терапию инсулина в дозе 30 ЕД в сутки. При этом при проведении осмотра определялась атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти 2 типа по Шредеру и атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти 3 типа по Келлеру. Слизистая оболочка розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. Следующим этапом нашего исследования и для решения поставленных задач, нами была проведена трехмерная компьютерная рентгенологическая томография.

Результаты исследования. После проведенного компьютерного 3D рентгенологического исследования, в целях улучшения фиксации нижнего съемного протеза, было предложено проведение хирургической операции по установке дентальных имплантантов «Конмет» (Россия). Характеристики имплантантов определены следующие: 4.0*10 мм, платформа 2.2 мм, в позициях 35, 33, 43, 45 зубов с последующей фиксацией на них шаровидных абатментов с ответными титановыми матрицами и впресованными в них композитными втулками. (Рис. №1, Рис.№2)

Рис. №1

Рис.№2

После проведения операции дентальной имплантации пациенту был временно индивидуализирован имеющийся полный съемный протез нижней челюсти. Через 2 месяца, по достижению остеоинтеграции, установлены формирователи десневой манжеты (далее ФДМ) и произведена повторная коррекция нижнего протеза. После полной регенерации слизистой оболочки вокруг ФДМ пациенту, согласно протоколу протезирования полными съемными протезами, были изготовлены новые протезы на

верхнюю и нижнюю челюсти. На имплантанты в позициях 35, 33, 43, 45 зубов установлены шаровидные абатменты с усилием на фиксирующий винт 35 н/см. Ответные титановые матрицы с композитными втулками вварены в базис полного съемного протеза нижней челюсти. (Рис.№3, Рис. №4)

Рис.№3

Рис. №4

По окончании ортопедического лечения пациент отмечает резкое улучшение фиксации полного съемного протеза.

Выводы

1. Сахарный диабет 2 типа не является абсолютным противопоказанием к проведению дентальной имплантации.
2. Применение дополнительных элементов фиксации на основе дентальных имплантантов несомненно приводит к улучшению стабилизации протезов, сокращает период адаптации к ним и в целом приводит к увеличению их функциональности.

Список литературы

1. А. С. Щербаков, Е И. Гаврилов, В. Н. Трезубое, Е. Н. Жулев Ортопедическая стоматология (факультетский курс) — С.-Пб.: ИКФ "Фолиант", 2014. - 576 с
2. Штефан Вольфарт Протезирование с опорой на имплантаты. Планирование от результата - М:Азбука, 2016. - 720 с
3. Kurt Fiedler Полые BPS-Протезы - М.: «Медицинская пресса», 2006. - 200 с.
4. В.А. Хватова Клиническая гнатология. - М.: Медицина, 2005. - 296 с
5. KERN JS, KERN T, WOLFART S, HEUSSEN N. A systematic review and meta-analysis of removable and fixed implant-supported prostheses inedentulous jaws: post-loading implant loss. - Clin Oral Implants Res. 2016 Feb; 27(2):174-95. doi: 10.1111/clr.12531. Epub 2015 Feb 9.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Кулик И.В., Захарова Е.А.

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"

Санкт-Петербург, РФ

Ключевые слова: болезнь Адиссона, пигментные пятна, диагностика

THE MAIN ASPECTS OF THE DIAGNOSIS OF ADDISON'S DISEASE IN THE CLINIC OF THERAPEUTIC DENTISTRY

Kulik I.V., Zakharova E.A.

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

Saint Petersburg, Russia

Key words: Addison's disease, pigment spots, diagnosis

Резюме. Болезнь Аддисона – это хроническое затяжное заболевание надпочечников, которое характеризуется нехваткой синтезируемых ими гормонов. Заболевание характеризуется тяжелым, прогрессирующим течением, встречается в равной степени, как у мужчин, так и у женщин, в возрасте, от 20 до 40 лет. Причинами болезни Аддисона являются: аутоиммунное поражение тканей коры надпочечников, туберкулез, метастатическое поражение коры надпочечников, ВИЧ инфекция, адреналэктомия, некроз надпочечников, лечение цитостатиками, глюкокортикоидная терапия.

Актуальность: В настоящее время наблюдается увеличение количества пациентов с аутоиммунными заболеваниями, больных туберкулезом, людей со злокачественными

новообразованиями, с вирусом иммунодефицита человека, пациентов, в анамнезе которых присутствует длительная кортикостреидная терапия, что провоцирует рост больных с хронической надпочечниковой недостаточностью (ХНН). Именно к стоматологам пациенты с недиагностированной ХНН могут обратиться первично, поскольку пигментные пятна слизистой оболочки рта (СОР) и кожи часто являются первым симптомом скрыто протекающей аддисоновой болезни.

Цель работы: Повышение качества диагностики болезни Аддисона врачами стоматологами.

Объекты и методы исследования: Нами была проанализирована статистика встречаемости пациентов с пигментными пятнами на СОР на амбулаторном стоматологическом приеме. За два года с жалобами на наличие пигментных пятен и случайно выявленные пигментные пятна в ходе осмотра были у 12 пациентов (5 женщин, 7 мужчин). Пациентам проводились клинические и лабораторные (анализы крови) методы исследования. Клинически болезнь Аддисона проявляется на коже и в полости рта меланодермией. При первичном гипокортицизме параллельно избытку адренокортикотропного гормона (АКТГ) формируется избыток меланинстимулирующего гормона, который и обуславливает наиболее яркий симптом первичной ХНН — гиперпигментацию кожи и слизистых.

Диагностика болезни Адиссона включает:

1. клиническую диагностику - на основании данных анамнеза (общая слабость, астения, депрессия, снижение либидо, потеря массы тела, артериальная гипотензия и диспепсические расстройства) высказывается предположение о наличии первичной надпочечниковой недостаточности;
2. клиническую диагностику – на основании данных осмотра определяются пигментные пятна слизистой оболочки рта в виде небольших округлых пятен и полос коричневого или серовато-черного цвета, которые локализуются на красной кайме губ, в области углов рта, на слизистой оболочке десен, на боковых поверхностях языка, на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, на твердом и мягком небе и задней стенке глотки. Десневые сосочки пигментируются редко.
3. лабораторное подтверждение - с помощью гормональных исследований (тест с АКТГ (синактеном), определяют суточную экскрецию кортизола с мочой. При уровне кортизола на фоне стимуляции менее 500 ммоль/л, речь идет о ХНН.

Дифференциальную диагностику болезни Аддисона следует проводить с: пигментными пятнами слизистой оболочки рта у людей афро-американского и азиатского происхождения, у жгучих брюнетов; пятнами темной окраски при импрегнации в слизистую оболочку рта солей тяжелых металлов; синдромом Пейтца-Эгерса-Турена; изменением окраски слизистой рта при использовании неполноценных металлических ортопедических конструкций и пломбировочных материалов; изменением окраски СОР при ацидозе; болезнью Крона; окраской СОР пищевыми и лекарственными продуктами.

Результаты: В ходе исследования болезнь Аддисона была диагностирована у двух пациентов (16,6%), у двоих синдром Пейтца-Эгерса-Турена (16,6%), физиологическая пигментация СОР у семерых человек (58,3%), и у одного пациента (8,3%) - изменение окраски слизистой рта по контакту с пломбой из амальгамы. В статистику не включались пациенты, у которых наблюдалась окраска языка, вызванная пищевыми красителями и лекарственными препаратами, поскольку это не является патологией.

Выводы: Пигментные пятна на слизистой оболочке рта при болезни Аддисона могут появиться задолго до других симптомов заболевания (за 5 — 10 лет) и быть первым ее признаком, что имеет большое диагностическое значение. Однако необходимо помнить о возможной различной этиологии появления пигментных пятен на слизистой оболочке рта. Таким образом, знание клинических проявлений болезни Аддисона, умение проводить диагностику и дифференциальную диагностику помогает своевременно определить болезнь Аддисона врачами стоматологами.

Список литературы

1. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев: Эндокринология. - М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2014.- с. 198
2. В.О. Кайбышева, В.Т. Ивашкин, Е.К. Баранская, О.С. Шифрин, К.В. Пюрвеева, А.Е. Леонович, О.А. Склянская, А.А. Шептулин. Синдром Пейтца–Егерса: обзор литературы и описание собственного клинического наблюдения- М.: РЖГГК, 2011, № 2 - с. 54-61
3. Dr. Anne Bachelot Choroba Addisona - Orpha number: ORPHA85138, 2013, с. 1-3
4. Beggs A.D., Latchford A.R., Vasen H.F. et al. Peutz–Jeghers'syndrome: a systematic review and recommendations for management // Gut. – 2010. – Vol. 59. – P. 975–986.

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

Мадай О.Д. [1,2], Гайворонский И.В. [1,2], Бадалов В.И. [1,2]
[1]Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, [2]Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: сочетанная черепно-лицевая травма, краниометрическое исследование

EMERGENCY INTERVENTIONS AT THE FIRST PHASE OF SURGICAL TREATMENT FOR SUFFERED WITH HEAVY CONJUGATED CRANIAL-FACE INJURY

Maday O.D. [1,2], Gayvoronsky I.V. [1,2], Badalov V.I. [1,2]
[1]Military Medical Academy. CM. Kirova, [2]Saint-Petersburg State University,
Saint-Petersburg, Russia

Keywords: combined craniocerebral trauma, craniometric examination

Актуальность. Актуальной проблемой хирургии повреждений и челюстно-лицевой хирургии является лечение повреждений средней зоны лица у пострадавших с сочетанной травмой. Сочетанная черепно-лицевая травма (СЧЛТ) в 5-7% выступает в качестве ведущего компонента повреждения у пострадавших с политравмой (Мадай Д.Ю., 2014; Головко К.П., 2016; Down K.E., 2006).

Целью исследования стало изучение анатомических структур средней зоны лица с учетом формы лицевого и мозгового черепа, позволяющее на основе выявленных особенностей уточнить показания к выполнению ранней трахеостомии (не позднее 48 часов от момента получения травмы) у пострадавших с СЧЛТ в зависимости от варианта течения травматической болезни (ТБ).

Материалы и методы исследования. Краниометрическое исследование стандартных признаков лицевого, мозгового черепа и структур средней зоны лица осуществлялось на целых 85 мацерированных паспортизированных черепах, а изучение нестандартных размеров проводилось на этих же черепах, распиленных в сагиттальной плоскости, в возрастной группе от 22 до 60 лет, то есть относящихся к I и II периодам зрелого возраста человека, из коллекции кафедры нормальной анатомии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Оценка формы и индивидуальных особенностей черепа проводились на 168 компьютерных томограммах головы, выполненных в клинике военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Результаты. Массив ретроспективного анализа – 126 пострадавших с СЧЛТ, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии в период с 2006 по 2013 гг. Массив проспективных наблюдений – 42 пострадавших с СЧЛТ, находившихся на лечении с 2013 по 2016 гг., был использован для оптимизации многоэтапного хирургического лечения повреждений средней зоны лица в зависимости от анатомических особенностей данной анатомической зоны и от варианта течения ТБ.

В настоящее время показания для ранней трахеостомии (РТ) у пострадавших с тяжелыми травмами определяются по объективным критериям. РТ показана при декомпенсированном варианте течения ТБ. Она выполняется при тяжести полученных повреждений 14,5 и более баллов по шкале Военно-полевая хирургия – повреждение

(механическая травма) (ВПХ-П(МТ)) в сочетании с тяжестью повреждения при поступлении в стационар 32 и более баллов по шкале Военно-полевая хирургия-состояние при поступлении (ВПХ-СП) (Гаврилин С.В.,2013; Мешаков Д.П., 2014).

По нашим данным, у пострадавших ретроспективного массива 22 пациента имели значение тяжести полученных повреждений в пределах 13-14 баллов по шкале ВПХ-П(МТ) и 29-31 балл по шкале ВПХ-СП. При этом у 18 больных в постшоковых периодах ТБ имело место развитие осложнений со стороны внешнего дыхания (тяжелый эндобронхит, вентилятор - ассоциированная пневмония), что потребовало выполнение трахеостомии в III периоде ТБ (3-10 сутки). При этом все 22 больных имели брахикраническую форму черепа.

Из 42 пострадавших проспективного массива «пограничные» значения тяжести состояния при поступлении и тяжести полученных повреждений, не отчетливо имеющие показания к выполнению РТ, имели место у 11 пациентов. При этом у 6 пострадавших с брахикранической формой черепа при тяжести полученных повреждений 13,4±0,1 баллов по шкале ВПХ-П(МТ) и тяжести состояния при поступлении 30,2±0,4 баллов по шкале ВПХ-СП в течение 48 часов с момента госпитализации была выполнена операция трахеостомия. Развитие жизнеугрожающих осложнений со стороны системы внешнего дыхания у данных пострадавших не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, оценка формы черепа имеет практическое значение для уточнения показаний для выполнения РТ при «пограничных» значениях шкал ВПХ-П (МТ) и ВПХ-СС пострадавшим с СЧЛТ.

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

Мадай Д.Ю., Щенин А.В., Удальцова Н.А., Мадай О.Д.
Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: одонтогенный сепсис, лейкоцитарный индекс интоксикации

BIOMETRIC ASSESSMENT OF THE GRAVITY OF THE STATE OF THE PATIENT WITH ODONTOGENIC SEPSIS AT THE STAGE OF SPECIALIZED MEDICAL CARE

Shchenin AV, Maday D.Yu., Udaltsova NA, Maday O.D.
Saint-Petersburg State University
Saint-Petersburg, Russia

Keywords: odontogenic sepsis, leukocyte intoxication index

Актуальность: Лечение и диагностика одонтогенного сепсиса, вызванного Гр-отрицательной анаэробной флорой, являются сложной проблемой челюстно-лицевой хирургии. Смертность достигает 50%, а современные методы диагностики с подходящими схемами антибактериальной терапии и хирургической тактики снижают летальность до 20 – 40%.

Цель работы: На основании проспективного изучения истории болезни больного с одонтогенным сепсисом показать ценность биометрических показателей для объективной оценки динамики лечения и тяжести состояния больного.

Задача: Проанализировать лабораторные показатели, выявить зависимость между ними и лейкоцитарным индексом интоксикации (ЛИИ) Каль-Калифа.

Материалы и методы: История болезни больного Л., находившегося на стационарном лечении в Дорожной клинической больнице ОАО “Российские железные дороги” с 02.02.2018 по 27.02.2017 (25 койко-дней) с диагнозом: Острый одонтогенный ограниченный остеомиелит верхней челюсти от зуба 27, осложненный полифлегмоной лица и шеи, передне-задним медиастинием, сепсисом, постинъекционным флебитом. Выполнялся корреляционный анализ в программе MS Excel, вычислялся ЛИИ по Каль-Калифу: ЛИИ=(С+2П+3Ю+4Ми)·(Пл+1)/(Мо+Ли)·(Э+1), где С – сегментоядерные нейтрофилы, П – палочкоядерные нейтрофилы, Ю – юные формы, Ми – миелоциты, Пл –

плазматические клетки, Мо – моноциты, Ли – лимфоциты, Э – эозинофилы. Производилось бактериологическое исследование раневого отделяемого.

Результаты:

1. Выявлена средне-значимая положительная корреляционная зависимость между ЛИИ и уровнем глюкозы в крови больного, коэффициент корреляции К= 0,58, отрицательная корреляционная зависимость между ЛИИ и количеством лимфоцитов в крови К= -0,72;
2. Бактериоскопическое исследование выявило Гр-отрицательные палочки, предположительно Bacteroides spp., Fusobacterium spp., бактериологический посев – Enterococcus faecium, чувствительный только к Ванкомицину.

Вывод: Повышение уровня глюкозы и падение количества лимфоцитов при повышении ЛИИ являются показателями отрицательной динамики и свидетельствуют об ухудшении состояния больного.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Морозов М.А., Сериков А.А., Иорданишвили А.К.
Областная клиническая больница, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: дентальная имплантация, ВИЧ-инфекция, вирусная нагрузка, антиретровирусная терапия, инфекционно-воспалительные осложнения дентальной имплантации.

PROBLEMATIC ISSUES AND POSSIBILITIES OF DENTAL IMPLANTATION IN ADULTS OF PEOPLE AFFECTED WITH HIV INFECTION

Morozov M.A., Serikov A.A., Iordanishvili A. K.
Regional Clinical Hospital, North-West State Medical University. I.I. Mechnikova
Saint-Petersburg, Russia

Key words: dental implantation, HIV infection, viral load, antiretroviral therapy, infectious and inflammatory complications of dental implantation.

Резюме. Определён наиболее благоприятный период для проведения дентальной имплантации у ВИЧ-инфицированных на основе оценки динамики уровня вирусной нагрузки и количества Т-хелперов крови, которые наиболее полно свидетельствуют о стадии ВИЧ-инфекции и тяжести течения этого заболевания. Показано, что вирусная нагрузка должна быть ниже 100 тыс. коп РНК ВИЧ/мл плазмы крови, а уровень Т-хелперов, позволяющий проводить дентальную имплантацию, не должен снижаться ниже 0,8-1,0х109/л клеток плазмы крови.

Введение. В настоящее время ВИЧ-инфекция относится к наиболее распространённым заболеваниям с неуклонным ростом числа новых случаев. В Санкт-Петербурге общее число ВИЧ-инфицированных превысило 100 тысяч человек, из которых 80% составляют лица молодого возраста. Поражения слизистой оболочки полости рта являются ранними проявлениями ВИЧ-инфекции и могут быть первыми доступными симптомами для этой патологии, обеспечивая своевременную настороженность, прежде всего для врачей-стоматологов [1-4]. В настоящее время ВИЧ-инфекция, по данным специальной литературы, является противопоказанием для проведения дентальной имплантации.

Материал и методы. Проведён анализ 27 клинических наблюдений у ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте от 37 до 57 лет. В работе использованы клинические, лучевые и лабораторные методы исследования.

Результаты исследования. Опыт работы в этом направлении позволил определить наиболее благоприятный период для проведения дентальной имплантации. Для этого необходимо в динамике проводить оценку уровня вирусной нагрузки и количества Т(СД4) - лимфоцитов, то есть Т-хелперов крови. Эти показатели наиболее полно свидетельствуют о стадии ВИЧ-инфекции и тяжести течения этого заболевания. Кроме того, данные показатели могут объективно свидетельствовать о эффективности проводимой

антиретровирусной терапии таким больным. Согласно предложения, вирусная нагрузка должна быть ниже 100 тыс. коп РНК ВИЧ/мл плазмы крови, а уровень Т-хелперов, позволяющий проводить дентальную имплантацию, не должен снижаться ниже 0,8-1,0х109/л клеток плазмы крови. При данном уровне Т-хелперов исключен паралич клеточного иммунитета, что позволяет больному бороться в ходе хирургического вмешательства по установке дентальных имплантатов с условно-патогенной инфекцией.

Заключение. Использование разработанных рекомендаций позволяет обеспечить профилактику инфекционно-воспалительных осложнений дентальной имплантации у ВИЧ-инфицируемых пациентов в непосредственном и ближайшем периодах после установки дентальных имплантатов.

Список литературы

1. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н. Особенности обследования и медицинского освидетельствования граждан при постановке на воинский учета призывающихся на военную службу и поступающих в военно-учебные учреждения, при наличии у них зубочелюстных аномалий // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016. № 3. С. 12 – 16.
2. Иорданишвили А.К., Сериков А.А., Овчинников К.А. Оценка эффективности внутрисуставного введения препарата гиалуроновой кислоты при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава и дисплазии соединительной ткани // Институт стоматологии. 2016. № 2 (71). С. 57 – 59.
3. Каршиев Х.К., Робустова Т.Г., Музыкин М.И., Иорданишвили А.К. Оценка степени тяжести течения осложнённых форм острой одонтогенной инфекции // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2017. № 4 (60). С. 67 – 71.
4. Музыкин М.И., Иорданишвили А.К., Балин Д.В., Лапина Н.В. Оценка выживаемости скуловых и корневых дентальных имплантатов // Кубанский научный медицинский вестник. 2016. № 4 (159). С. 90 – 94.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ СХЕМ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Никитин В.С., Антонова И. Н.Бабенко А. Ю.
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, НИЛ диабетологии института эндокринологии ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

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

DENTAL IMPLANT TREATMENT PLANING FEATURES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Nikitin V.S., Antonova I.N., Babenko A.Y.
First Medical State University named after I.P.Pavlov department of dentistry, Almazov Federal Medical Reesearch Centre scientific lab of diabetes
Saint – Petersburg, Russian Federation

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

Актуальность проблемы. В настоящее время сахарный диабет 2 типа (далее СД 2) является социально-значимым заболеванием, определяющим клинический подход к планированию лечения пациентов, страдающих отсутствием зубов. На сегодняшний день 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.

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

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (ГСД) И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД)

Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Александрова А.А., Гриненко Э.В., Александрова Л.А.
Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии,
ПСПбГМУ имени И.П. Павлова Минздрава России,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: сахарный диабет, пародонтальная жидкость, жидкостная цитология, беременность.

CYTOLOGICAL ANALYSIS OF THE PERIODONTAL LIQUID IN PREGNANT WOMEN WITH GESTARIOUS DIABETES MELLITUS (HSD) AND WITHOUT DIABETES MELLITUS

Orekhova L.Y., Musaeva R.S., Aleksandrova A.A., Grinenko E.V., Aleksandrova L.A..
First Saint-Petersburg Medical University named I.P.Pavlov, Department of therapeutic dentistry and periodontology
Saint-Petersburg, Russia

Keywords: diabetes mellitus, periodontal liquid, liquid cytology, pregnancy.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку результатов цитологического анализа пародонтальной жидкости у беременных женщин с гестационным СД и беременных без СД.

Методы и средства. Было проведено обследование 45 беременных женщин в возрасте от 18 до 43 лет. Пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа — беременные с гестационным сахарным диабетом (27 человек) и 2 группа — контрольная, без сахарного диабета (18 человек). Всем пациенткам проводился цитологический анализ пародонтальной жидкости методом жидкостной цитологии с помощью автоматического цитопроцессора NOVAPREP-25 (NOVASYT).

Результаты. Результаты цитологического исследования оказались следующие: у женщин с ГСД наблюдалось преобладание воспалительного типа цитограммы — 54%, тогда как у пациентов 2 группы в 61% случаев был нормальный тип цитограммы. У 77% беременных 1 группы выявлен субатрофический тип эпителия, а у 67% обследуемых 2 группы был нормальный тип эпителия. В 50% случаев в обеих группах на цитологическом фоне наблюдались такие проявления как кровь, лейкоциты и смешанная флора. В многослойном плоском эпителии у 1 группы пациентов преобладали дистрофические изменения эпителия. В контрольной группе в большинстве случаев изменений не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, у женщин с ГСД изменения в цитограмме являются цитологическим проявлением снижения активности биосинтетических процессов в

клетках эпителия вследствие развития патологических изменений в организме больных в целом и в тканях пародонта, в частности.

Заключение. Научно доказано, что одной из составляющих развития воспалительных заболеваний пародонта является нарушение межклеточного взаимодействия в тканях зубодесневого соединения. Исследование морфологии десневой жидкости позволяет получить значимую информацию о состоянии иммунных свойств тканей пародонта, оценить характер воспалительных и регенераторных процессов.

Список литературы.

1. Джураева Ш.Ф., Ашуров Г.Г. Цитологическое изучение эпителиального покрова десны в зависимости от степени компенсации сахарного диабета // Стоматология. – Москва, 2009. -№ 2. –Том 88. – С. 37-38.
2. Исмоилов А.А. Состояние пародонтальных структур у больных с сопутствующей соматической патологией // Вестник Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы. – 2011. - № 4. – С. 43-45.;
3. Козодаева М.В., Иванова Е.В., Мануйлов Б.М. Состояние пародонта у больных сахарным диабетом (обзор). // Пародонтология.- 2011.-№1(58) - С. 3-7;
4. Лукиных Л.М. Состояние пародонта в период беременности // Нижегор. Мед.журн. – Н. – Новгород, 2004. - № 3. – С. 135-138.

ДИНАМИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С ИИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ГИДРОЛИЗАТА МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ МИДИЙ

Орехова Л.Ю., Силина Э.С., Биричева О.А., Мусаева Р.С.
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Медицинский Университет имени академика И.П.Павлова» Минздрава РФ, Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
Россия, Санкт-Петербург.

Ключевые слова: пародонтит, сахарный диабет, комплексное лечение, иммунитет.

DYNAMICS OF COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PARADONTITIS IN PATIENTS WITH INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS WITH THE USE OF THE DRUG BASED ON THE HYDROLYZATE OF MUSCLE TISSUE OF MUSSELS

Orekhova L.Yu., Silina E.S., Biricheva O.A., Musaeva R.S.
Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Department of therapeutic dentistry and Periodontology
Russia, Saint-Petersburg

Key words: paradontitis, diabetes mellitus, complex treatment, immunity.

Резюме. Инсулинзависимый сахарный диабет (ИЗСД) относится к факторам риска развития и неблагоприятного течения ВЗП. Особое значения в развитии хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у больных сахарным диабетом принадлежит нарушению иммунологических механизмов. В ротовой жидкости активность лизоцима при заболевании ИЗСД приближено к норме. Учитывая этот фактор, можем предположить, что традиционная противовоспалительная терапия ХГП окажется малоэффективной, если не взять во внимание особенности иммунного статуса пациентов. При изучении этого вопроса особый интерес привлек многофункциональный, природный, комплексный, иммуномодулирующий лечебно-профилактический препарат на основе гидролизата мышечной ткани мидий (ГМТМ). Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения препарата на основе ГМТМ в комплексном лечении ХГП легкой и средней степени тяжести у больных ИЗСД. Под наблюдением находились 95 больных ИЗСД в возрасте от 20 до 40 лет с ХГП легкой и средней степени тяжести, которые были разделены на три равноценные группы. У всех пациентов иммунологическому исследованию подвергалась ротовая жидкость, в которой определяли активность лизоцима. В первой группе препарат на основе ГМТМ не использовали, во

второй применяли в виде аппликаций, а в третьей группе-местно и перорально. В свою очередь каждая из трех групп по степени компенсации углеводного обмена была разделена на три подгруппы: компенсация, субкомпенсация и декомпенсация. Пациентам всех групп проводилось стандартное базовое лечение: санация полости рта и снятие над- и поддесневых зубных отложений с применение ультразвука и местная противовоспалительная терапия с использованием биоактивного лекарственного криогеля. Результаты лечения оценивали через 1 месяц. Установлено, что при традиционном консервативном лечении ХГП почти у половины больных ИЗСД в стадии компенсации отмечены хорошие результаты, у остальных удовлетворительные. С субкомпенсацией углеводного обмена хороших результатов лечения достичь не удалось, в 77% случаев можно было отметить удовлетворительные результаты, а в 23% эффекта не наблюдалось. При декомпенсации традиционное лечение пародонтита во всех группах было безуспешно. Местное применение препарата на основе ГМТМ повысило частоту хороших результатов у больных ИЗСД в стадии компенсации до 75% и оказало наиболее выраженное действие в группе больных с субкомпенсацией. При этом у 40% больных лечение дало хороший результат и в 53% случаев полученный результат удовлетворительный. Комбинированное применение препарата не повысило эффективности лечения пародонтита у больных ИЗСД с компенсацией углеводного обмена. Но способствовало повышению хорошего эффекта лечения у больных с субкомпенсацией до 62%. У больных с декомпенсацией хороших результатов лечения также добиться не удалось. Активность лизоцима после лечения ХГП у больных с компенсированным и субкомпенсированным ИЗСД возрастала (83.3% и 91.7% против 65.4% и 62.2% соотв.). При декомпенсированном ИЗСД после лечения ХГП средний показатель активности лизоцима не возрастал ни у одного пациента. Полученные результаты свидетельствуют о рациональности включения препарата на основе ГМТМ в схему комплексной терапии ХГП у больных ИЗСД, местное применение которого целесообразно при компенсации, и сочетание местного и перорального при субкомпенсации углеводного обмена.

Литература:

1. Огонян Э.С. Состояние пародонта у больных с инсулинзависимым сахарным диабетом: Дис. … к.м.н. Санкт-петербург 2001. 177 с.
2. Орехова Л.Ю.,Александрова А.А.,Силина Э.С., и соавт. Пародонтологический статус и эффективность комплекса индивидуальной гигиены полсти рта в профилактике воспалительных заболеваний пародонта у беременных женщин с сахарным диабетом.//Пародонтология. 2015. №4(77). С.33-39.
3. Орехова Л.Ю.,Силина Э.С., Мусаева Р.С.и соавт. Сравнение эффективности применения специализированных средств для проведения индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с СД 2 типа. //Пародонтология. 2013. №4(69). С.7-11.
4. Фазылова Ю.В., Мифтахова А.О.Диагностические аспекты и тактика лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с инсулинзависимым сахарным диабетом. //Медицинские науки.2015.№7.С.62-66.

МИКРОГРАНУЛИРОВАННЫЙ ХИТОЗАНОВЫЙ ГЕЛЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Рахова В.Н., Мусаева Р.С., Оксас Н.С.
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: сахарный диабет, хитозановый гель.

MICROGRANULAR CHITOSAN GELIN THE CLINICAL PRACTICE OF A DENTIST IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Rakhova V.N., Musaeva R.S., Oksas N.C.
State Medical University named after academician I.P Pavlova
Saint-Petersburg, Russia

Keywords: diabetes mellitus, chitosan gelin.

В последнее время наблюдается прогрессирующий рост заболеваемости сахарным диабетом (далее СД), который стал серьезной медико-социальной проблемой мирового масштаба (2, 3). Нередко к врачу-стоматолога обращаются пациенты с не диагностируемым ранее СД, так как стоматологические жалобы опережают проявление характерных клинических симптомов основного заболевания. Это так называемая группа риска или больные с начальными проявлениями СД. Однако, местная терапия, проводимая стоматологами у этой категории больных, до сих пор не имеет оптимального решения, и поиски решения проблемы **актуальны** и продолжаются (1, 4). В связи с этим у нас вызвал огромный интерес гель, содержащий микрогранулы и экстракт зеленых плодов грецкого ореха. В этом геле максимально используются лечебные свойства, предложенные природой. Хитозан стимулирует клеточный метаболизм, активирует функции клеток иммунной защиты и одновременно транспортирует экстракт зеленого ореха, содержащий витамины С, Р, Е, B_1, дубильные вещества, аминокислоты, микроэлементы и бактерицидное вещество юглон.

Целью настоящей работы явилось клиническое изучение применения фитозанового геля (ХР) для санации слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта у больных с риском развития или начальными проявлениями СД.

Материалы и методы клинического исследования.

Было обследовано 38 человек (29 женщин и 9 мужчин) в возрасте 25-39 лет, которые, по заключению эндокринолога, «вошли» в группу риска развития СД или его начальных проявлений. При характеристике стоматологического статуса больных состояние пародонта оценивалось на основании жалоб пациентов, объективного стоматологического обследования в динамике с определением гигиенических и пародонтальных индексов.

Проводилось рентгенологическое обследование. Фиксировали степень ксеростомии и время эпителизации «заед» и единичных трещин. До «знакомства» с ХГ в комплексном лечении этих больных применяли полоскания с отварами трав, аппликации с маслами облепихи, шиповника. Аппликации ХГ проводили в течение 10 дней по 10-15 минут на область «заед», единичных трещин; в межзубные промежутки и пародонтальные карманы после кюретажа с наложением защитной повязки.

Результаты клинического исследования. Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести, выявленный у 27 пациентов, составил 71% обследованных. Через 6 месяцев больные жалоб не предъявляли, объективно отмечалась нормализация клинического состояния пародонта. Гигиенический индекс снизился в 2 раза, PI – в 2 раза, PMA – в 3 раза, кровоточивость десны не определялась. Скорость заживления «заед» и единичных трещин (23,7% обследованных) сократилась вдвое по сравнению с ранее применяемыми препаратами. Легкая степень ксеростомии сохранилась у 5,2% обследованных, в то время как при предыдущем лечении она практически не исчезала.

Выводы: Успешное лечение с применением ХГ способствовало нормализации неврогенного статуса пациентов. Безопасность, отсутствие побочных эффектов, удобство применения и положительный клинический эффект позволяют рекомендовать ХГ в комплексном лечении больных СД.

Список литературы

1. Бондаренко О.В. Характеристика изменений слизистой оболочки полости рта при сахарном диабете и их профилактика. – Новосибирск, 2004, 137 с.
2. Давыденко А.Б. Клинико-лабораторное обоснование профилактики стоматологических заболеваний у больных с ксеростомией при сахарном диабете. – канд. дисс. – М., 2010. – 177 с.
3. Дедов И.И. Сахарный диабет. – Руководство для врачей. – М., 2003. – 455 с.
4. Пущенко А.И., Щербак А.В. Состояние полости рта у больных сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии, 1991. – Т.37, № 3. – с.39-43.

Новые возможности вместе с РАСТ 300

Компания «Стомус» представляет систему РАСТ 300 для фотодинамической терапии в стоматологии. Фотодинамическая терапия (ФДТ) широко и успешно применяется европейскими стоматологами, начиная с 90-х годов прошлого века, после разработки специальных мягких диодных лазеров, не нагревающих ткани. В России этот метод лечения также становится все более популярным.

Система РАСТ 300 состоит из двух компонентов: фотосенсибилизатора хлорида толония и лазера, излучающего свет в красном диапазоне длин волн (635 нм), мощностью 200 мВт.

Метод ФДТ с использованием системы РАСТ 300 заключается в предварительном нанесении на ткани жидкости или геля хлорида толония — фармацевтической формы витального красителя толуидинового синего. Молекулы этого вещества «метят» патогенные микроорганизмы. Следующим этапом является воздействие на обработанную фотосенсибилизатором область лазерного излучения. При этом индуцируется фотохимическая реакция, приводящая к образованию очень активного синглетного кислорода с мощным противомикробным эффектом.

Кислород в этой химически активной форме оказывает воздействие такой силы, что 30-ти секунд достаточно для гибели 99,99% всех аэробных и анаэробных бактерий, грибов, большинства патогенных вирусов, а также разрушения биопленок, образуемых микроорганизмами на поверхности корней зуба (патология пародонта), корневых каналов (эндодонтическая патология), дентина (кариес) и имплантата (периимплантит). Этот эффект обусловлен разрушением липополисахаридов клеточной стенки микроорганизмов, которые играют важную роль не только для их жизнедеятельности, но и для структурной организации в биопленки.

Результаты микробиологических исследований подтверждают, что ФДТ не только эффективно борется с избыточным ростом постоянно присутствующих в полости рта условно-патогенных микроорганизмов, но и способен справится с суперинфекцией, причиной которой являются не характерные для полости рта энтеробактерии и грибы. Более того, после завершения процедуры ФДТ на десне формируется особая фотокоагуляционная пленка, препятствующая повторной контаминации, что позволяет сохранить условную стерильность тканей. В них повышается местный иммунитет, снижается уровень белков воспаления, ингибируется активность коллагеназы и остеокластов, происходит распад грануляционной ткани и постепенное восстановление нормальной зубодесневой выстилки.

Использование системы РАСТ 300 у большинства пациентов с парадонтитом или периимплантитом делает не нужным применение антисептических препаратов и антибиотиков, что предотвращает возникновение нежелательных побочных эффектов (например, возникновение аллергических реакций). Как правило, также отпадает необходимость в хирургических методах лечения этих заболеваний.

Другой важной сферой применения системы РАСТ 300 в стоматологии является обработка кариозных полостей и корневых каналов реставрируемых зубов. Специалистам хорошо известно, как сложно обеспечить отсутствие бактерий в корневых каналах, подлежащих обтурации. Традиционно для решения этой проблемы в эндодонтии применяют дезинфицирующие ирригационные растворы, например, гипохлорит натрия. Но даже использование больших объемов таких растворов не гарантирует удовлетворительный результат. Во-первых, потому что узкие боковые канальцы, тем более дентиновые трубочки практически невозможно промыть адекватно. Во-вторых, потому что при введении ирригационного раствора в корневой канал происходит захват пузырьков воздуха и, соответственно, даже при достаточном объеме жидкости дентин увлажняется недостаточно. В результате, после такой дезинфекции корневых каналов более чем половина из них остается инфицированной. Увеличение концентрации дезинфицирующего ирригационного раствора не повышает эффективность обработки, но приводит к росту уровня тканевой токсичности.

Хлорид толония в виде жидкости или геля всего за 1 минуту проникает глубоко в дентин, активное вещество сохраняет свое действие даже после стократного разведения кровью и/или слюной. Использование системы РАСТ 300 для обработки корневых каналов и кариозных полостей позволяет адекватно провести их дезинфекцию, минимизировать уровень тканевой токсичности и принципиально улучшить долгосрочный результат реставрации за счет предотвращения вторичного инфицирования. Кроме того ФДТ дает возможность стоматологу применять минимально инвазивные процедуры препарирования кариозной полости и завершить реставрацию зуба за одно посещение.

Использование системы РАСТ 300 может эффективно дополнять обычные методики лечения, такие как удаление зубного камня, скалинг корней зуба, лечение корневых каналов и кариеса. Ее также можно применять для лечения заболеваний мягких тканей полости рта, таких как хейлит, глоссит, инфекциооный стоматит, а также герпеса. Еще одним важным, в первую очередь, для пациента, преимуществом использования системы РАСТ 300 является отсутствие окрашивания поверхности зуба. А для руководителей стоматологических клиник большое значение имеет тот факт, что система РАСТ 300 не требует регистрации и ежегодных проверок, так как входящий в ее состав лазер относится к 2М классу безопасности.

Система РАСТ 300 — надежная альтернатива системным и местным антибиотикам для лечения хронической и острой патологии парадонта, периимплантита, гарантия дезинфекции корневых каналов и дентиновых трубочек, а также кариозных полостей, позволяющая использовать сохраняющие витальность пульпы технологии.

Санкт-Петербург, 194291, пр. Луначарского, д. 49

Телефон учебного центра: +7 (812) 702-40-02

Телефон отдела продаж: +7 (812) 702-40-07

e-mail: ucheba@stomus.ru

Новый прибор для фотодинамической терапии

PACT 300 cumdente

Высокоэффективный антисептик широкого спектра действия без побочных эффектов: 99% всех бактерий ротовой полости (грамположительных и грамотрицательных) уничтожаются в течение 30 секунд.

- **Пародонтологическое лечение**
  Альтернатива системным и местным антибиотикам для лечения хронической и острой патологии пародонта
- **Лечение корневых каналов**
  Дезинфекция корневых каналов, элиминация микробов из боковых канальцев и дентинных трубочек
- **Дезинфекция кариозных полостей, стерилизация пульпы, глубокая терапия**
  Уничтожение микробов и сохранение витальности пульпы
- **Лечение периимплантита**
  Открытое и закрытое лечение, не повреждает особо чувствительную поверхность имплантата
- **Лечение мягких тканей**
  Альвеолиты, герпес, заболевания слизистой оболочки полости рта

МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Саханов А.А., Ермолинская Д.В., Кулик И.В.
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Санкт-Петербург, РФ

Ключевые слова: местное обезболивание, местные анестетики, амбулаторный прием

LOCAL ANESTHESIA IN THERAPEUTIC DENTISTRY

A.A. Sakhanov, D.V.Ermolynskaya, I.V. Kulik
North-western State Medical University named after I.I.Mechnikov
Saint Petersburg, Russia

Key words: local anesthesia, local anesthetics, outpatient consultation

У подавляющего большинства пациентов посещение стоматолога ассоциируется с чувством страха и боли. Из-за вероятности возникновения болевого синдрома и психоэмоционального дискомфорта при выполнении стоматологических вмешательств, некоторые больные отказываются от своевременной стоматологической помощи. Именно поэтому в современной стоматологии эффективное обезболивание чрезвычайно значимо. В настоящее время, благодаря развитию медицины и фармакологии, разработке современных анестетиков, появление болевого синдрома у пациентов при терапевтических манипуляциях сводится к нулю. В то же время у современного человека заметно упала выносливость к боли, и возросла требовательность к комфорту, связанному с лечением зубов. Все вышеперечисленное определяет сохраняющуюся актуальность выбора методов местного обезболивания в терапевтической стоматологии.

Цель работы: определить наиболее эффективные методы обезболивания в рамках амбулаторного терапевтического стоматологического приема.

Цель достигается путем решения задач:

1. Определить основные виды местного обезболивания, применяемые на стоматологическом терапевтическом приеме.
2. Изучить группу основных местных анестезирующих препаратов, используемых на терапевтическом стоматологическом приеме.
3. Рассмотреть возможные осложнения после применения местной анестезии в рамках стоматологического терапевтического приема.

Методы исследования: Нами было проведено статистическое исследование, в котором приняли участие 63 врача-стоматолога-терапевта. Предстояло узнать, какие виды анестезии наиболее часто применяют врачи-стоматологи-терапевты на своем приеме и какой местноанестезирующий препарат чаще всего используют. Так же, в ходе опроса, выяснили, с какими осложнениями после применения местной анестезии сталкивались стоматологи-терапевты.

Результаты проведенного исследования показали, что наиболее часто в стоматологической практике используется инфильтрационная (100%) и мандибулярная (100%) анестезии. Также на амбулаторном приеме врачи-стоматологи используют туберальную анестезию (6%), резцовую анестезию (33%), торусальную анестезию (30%), туберальную анестезию (4%), анестезию по методике по Гоу-Гейтса (3%), интралигаментарную анестезию (6%).

Для проведения безопасной анестезии необходимо осуществлять выбор анестетика, обеспечивающего необходимое время обезболивания. Особое внимание следует уделять тщательному сбору анамнеза и проведению анестезии у пациентов группы риска, в которую входят пациенты с отягощенным аллергологическим анамнезом, пациенты с сахарным диабетом, пациента с сердечно-сосудистой патологией, пациенты с органическими поражениями ЦНС и т.д.

Наиболее часто врачи-стоматологи-терапевты используют препараты, где основным обезболивающим компонентом является 4 % раствор артикаина. Данный препарат за счёт содержания тиофенольного кольца обладает ярко выраженной способностью проникновения в костную ткань. Возможно его применение у беременных женщин, причём уровень его содержания в крови плода составляет 25-35 % материнского уровня.

Артикаин имеет очень короткое время полувыведение (25 минут), которое значительно отличает его от других анестетиков.
Стоматологи-терапевты, участвовавшие в опросе, не сталкивались с серьезными осложнениями после проведенных ими манипуляций по проведению местного обезболивания. Единственным названным осложнением было повреждение в ходе мандибулярной анестезии кровеносного сосуда и появление незначительной гематомы (1 случай).
Выводы: Таким образом, в своей стоматологической практике стоматологи-терапевты в 100% используют инфильтрационную и мандибулярную анестезии. Препаратом выбора для проведения местного обезболивания можно считать 4% раствор артикаина, отвечающий всем необходимым требованиям, а качественное проведение местного обезболивания обеспечивает безболезненное исполнение лечебных манипуляций, предотвращает нарушение регуляции физиологических функций организма, создает психофизиологический комфорт, существенно снижает эмоциональную нагрузку на пациента и врача и повышает качество лечения.
Список литературы:
1. Б.Т. Мороз. Обезболивание в условиях амбулаторного стоматологического приема./СПб.:Изд. «Радуга»,2015.-143 с.
2. В.Р.Вебер, Б.Т.Мороз. Месная анестезия у стоматологических пациентов с сопутствующей патологией. – СПб.:Человек, 2007.-80 с.
3. В.Р.Вебер, Б.Т. Мороз. Клиническая фармакология для стоматологов. – СПб.:Человек, 2007.-384 с
4. Рабинович С.А., Зорян Е.В., Васильев Ю.Л., Пасечник И.Н., Губайдулин Р.Р., Скобелев Е.И. Экстренные ситуации при анестезиологическом пособии. Методическое пособие.-Москва
5. Терапевтическая стоматология: национальное руководство /под ред. Л.А.Дмитриевой, Ю.М. Максимовского – М. :ГЭОТАР-Медиа, 2009.-912 с. – (серия «Национальные руководства»).
De Jong R.H. Local anesthetic pharmacology. In Regional anaesthesia and analgesia. In David L., Brown. ed.:W.B.Saunders Company.-1996.-P. 121-141

ДЕНТАЛЬНАЯ ФОТОГРАФИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Саханов А.А., Баленко Д.О., Хромова Е.А., Евсеева И.К., Кулик И.В.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И Мечникова
Санкт-Петербург, РФ

Ключевые слова: Дентальная фотография, портфолио, терапевтическая стоматология

DENTAL PHOTO IN THERAPEUTIC DENTISTRY

Sakhanov A.A., Balenko D.O., Khromova E.A., Evseeva I.K., Kulik I.V.
North-western State Medical University named after I.I Mechnikov
Saint- Petersburg, Russia

Key words: dental photo, portfolio, therapeutic dentistry.

Актуальность исследования. В настоящее время широко используются информационные и цифровые технологии, позволяющие мгновенно получить нужную информацию. В стоматологической практике таким объектом стал фотоаппарат, использование которого позволяет решить ряд задач. «Дентальная фотография», « портфолио», «фотопротокол» интерес к данным терминам растет с каждым днем, но возникает вопрос - как пользоваться фотоаппаратом, чтобы получить качественную фотографию, при этом не увеличивая время приема.
Цель работы: доказать необходимость применения дентальной фотографии в терапевтической стоматологии, дать основные рекомендации по использованию фотоаппарата.
Задачи: Предоставить преимущества использования фотоаппарата в терапевтической стоматологии и ознакомить с основными параметрами настроек фотоаппарата.

Ознакомить с вспомогательными средствами для дентальной съемки.

Методы исследования: Нами была составлена таблица, в таблице представлены группы зубов верхней и нижней челюсти и их поверхности. Относительно каждой группы зубов и их поверхностей были подобраны параметры съемки, такие как положение зеркала, фокусное расстояние, светочувсвительность, экспозиция и точка фокусировки.

Пример таблицы со значениями представлен ниже.

Фотографируемый объект	Поверхность	Положение зеркала	Фокусное расстояние	ISO	экспозиция	Точка фокусировки
Моляры н/ч	Вестибулярная	Под острым углом, кнаружи	16-22	100-200	1/250	Второй пермоляр н/ч
	Язычная	Под острым углом, кнутри	16-22	100-200	1/250	Первый моляр н/ч
	Окклюзионная	>45 градусов, параллельно окклюзионной поверхности моляров	16-22	100-200	1/250	Второй моляр н/ч

Незаменимым атрибутом в дентальной фотографии являются вспомогательные средства для дентальной съемки: роторасширители, зеркала и контрасторы. Они помогают избежать нежелательных эффектов в фотографии. Их использование гарантирует качественное изображение.

Результаты проведенного исследования показали, что использование фотографии улучшает качество оказания стоматологической помощи, повышается точность и адекватность оценки стоматологического статуса пациента. Использование вспомогательных средств и применение предложенных параметров съемки позволяет получать качественную фотографию без увеличения времени приема.

Выводы: Преимущества использования фотоаппарата в терапевтической стоматологии заключается в том, что фотография является документом, который фиксирует первоначальное состояние полости рта, этапы лечения и результат проделанной работы. Фотография является независимой и объективной оценкой качества работы стоматолога. Использование вспомогательных средства для дентальной съемки гарантирует получение более качественного изображения. Для получения качественного изображения рекомендуется пользоваться настройками, отображенными в таблице

Список литературы:

1. Фотография в стоматологической практике Кубаренко В.А. Проблемы стоматологии.2014 №6. С.10-13.
2. https://dentalmagazine.ru/science/dentalnaya-fotografiya-v-voprosax-i-otvetax.html
3. Большая энциклопедия цифровой фотографии Миронов Д.А. С.15-90.
4. http://belodent.org/publication/list.php?SECTION_ID=429&ELEMENT_ID=4813

РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В СТОМАТОЛОГИИ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ

Серикова А.Г., Сериков А.А.
Поликлиника № 1 МСЧ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области
Санкт-Петербург, Россия

Резюме. представлен первый опыт биорегулирующей терапии для оптимизации репаративного остеогенеза челюстей при хирургическом лечении хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции.

Ключевые слова: биорегулирующая терапия, оптимизация репаративного остеогенеза челюстей, хирургическое лечение хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции.

REGENERATION OF BONE TISSUE IN DENTISTRY: NEW APPROACHES

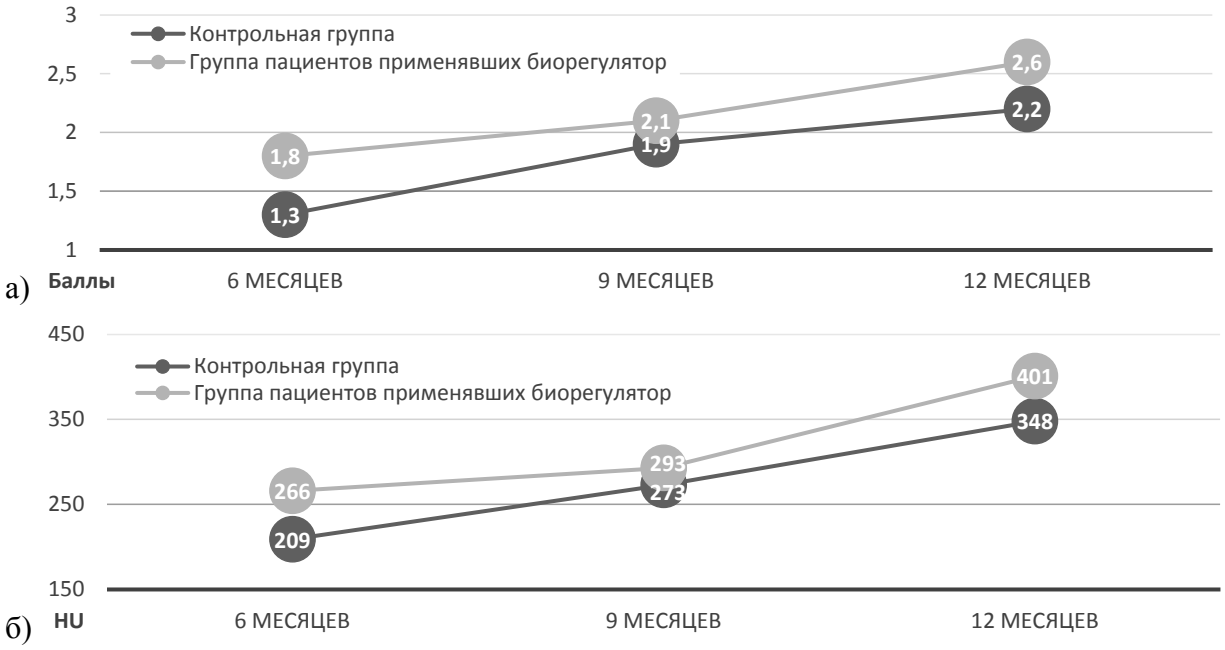
Serikova A.G., Serikov A.A.
Polyclinic No. 1, The Ministry of Internal Affairs for St. Petersburg and the Leningrad Region
St. Petersburg, Russia

Summary. The first experience of bioregulatory therapy for jaws reparative osteogenesis optimization during surgical treatment of chronic periapical odontogenic infection foci is presented.
Key words: bioregulatory therapy, optimization of reparative osteogenesis of jaws, surgical treatment of chronic periapical foci of odontogenic infection.
Актуальность. Основанием для проведения настоящего исследования послужили работы учёных, посвященных проблеме репаративной регенерации костной ткани, детальному рассмотрению вопросов этиопатогенеза, клинической картины, консервативного и хирургического [1-5].
Цель исследования. Повысить эффективность лечения хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции у людей пожилого и старческого возраста.
Материал и методика. Пациенты, находящиеся под наблюдением, были разделены на две группы в зависимости от применения биорегулирующей терапии (табл. 1). У пациентов второй группы за 30 суток перед оперативным вмешательством пациентам назначали пептидный биорегулятор «Карталакс» по 2 капсулы 2 раза в день. Во время оперативного лечения полеоперационная костная полость у пациентов 2 группы, так же как и у пациентов 1 группы, выполнялась кровяным сгустком. После завершения хирургического лечения пациенты 2 группы продолжали прием пептидного регулятора «Карталакс» в той же дозировке в течение 30 суток. Динамическое наблюдение за пациентами обеих групп осуществляли в течение 12 месяцев. Для оценки интенсивности образования костного регенерата в зоне оперативного вмешательства через 6, 9 и 12 месяцев применяли рентгенологический метод исследования, в том числе методики цифровой ортопантомографии, конусно-лучевой компьютерной томографии с оценкой плотности костной ткани по шкале Хаунсфилда, цифровой внутриротовой прицельной рентгенографии зубов на радиовизиографе.

Таблица №1. Распределение пациентов по группам исследования, n (%)

Группа исследования	Средний возраст (лет)	Количество пациентов		Всего
		Мужчины	Женщины	
1-ая контрольная группа (без использования биорегулятора)	68,4±2,7	7 (28)	18 (72)	25 (47,2)
2-ая основная группа (пептидный биорегулятор «Карталакс»)	66,7±3,1	8 (25,6)	20 (74,4)	28 (52,8)

Анализ результатов хирургического лечения хронического периодонтита и околокорневых кист челюстей у пожилых и старых пациентов 1 группы, при традиционном заполнении послеоперационных костных полостей кровяным сгустком, показал, что в послеоперационном периоде отмечен ряд типичных местных осложнений, а именно: гипостезия слизистой оболочки и кожи нижней губы у 1 чел., патологическая подвижность зуба с резицированной верхушкой корня – у 1 человека. Через 1,5 месяца после оперативного вмешательства у пациентов, которые имели осложнения в послеоперационном периоде, указанные осложнения не отмечались, а именно, тактильная чувствительности тканей нижней губы восстановилась, а также не диагностировалась патологическая подвижность оперированного зуба. Других осложнений в течение года не отмечено.
Результаты исследования. Результатов хирургического лечения хронического периодонтита и околокорневых кист челюстей у пациентов 2 группы, наряду с хирургическом лечением получавшим биорегулирующую терапию, при традиционном заполнении послеоперационных костных полостей кровяным сгустком в послеоперационном периоде выявил наличие у 2 пациентов патологической подвидности зубов, а также расхождение краев раны – у 1 больного. Спустя 1,5 месяца после хирургического лечения патологии в области оперативного вмешательства не выявляли. Зубы, которым была выполнена резекция верхушки корня, были устойчиты, воспалительных изменений в области ранее выполненного хирургическогг вмешательства не отмечено. Других осложнений ц пациентов 2 группы в течение года не отмечено.



а)

б)

Рис. 1. Эффективность заполнения (а) и динамика изменения плотности костной ткани (б) послеоперационного дефекта у пациентов пожилого и старческого возраста контрольной и основной групп

С помощью рентгенологического метода, используя методику оценки рентгенограмм лунок удаленных зубов (Г.А. Гребнев и соавт., 2015) у людей старших возрастных групп, входивших в 1 (контрольную) группу исследования, удалось наблюдать процесс репаративного остеогенеза в костных полостях, который протекал менее интенсивно, чем во 2 (основной) группе пациентов. Важно подчеркнуть, что при хирургическом лечении хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции у всех пациентов обеих групп удалось добиться желаемого эффекта в аспекте полноценного восстановления структуры костной ткани челюстей, что, очевидно, и обеспечило отсутствие патологической подвижности оперированных зубов в отдаленном периоде наблюдения, то есть через 12 месяцев. В то же время, использование лучевых методов исследования, в том числе по определению плотности костной ткани в области бывшего операционного дефекта, показало, что у пациентов 2 группы заживление костной раны проходило на 16,9% активнее (рис. 1 а), при этом плотность костного регенерата в каждый из контрольных сроков (на 6, 9 и 12 месяц) была на 13,5% выше (рис. 1 б), чем у пациентов 1-ой контрольной группы.

Литература

1. Иорданишвили А.К., Слугина А.Г., Сериков А.А., Балин Д.В. Возрастные особенности распространенности хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции у взрослых людей // Курский науч.- практич. вестн. «Человек и его здоровье». 2015. № 2.С. 23 – 28.

2. Иорданишвили А.К., Слугина А.Г., Балин Д.В., Сериков А.А. Возрастные особенности репаративного остеогенеза челюстей // Курский науч.- практич. вестн. «Человек и его здоровье». 2014. № 3. С 15 – 21.

3. Иорданишвили А.К., Слугина А.Г., Сериков А.А., Самсонов В.В., Рыжак Г.А. Пептидная биорегуляция репаративного остеогенеза и остеоинтеграции: миф, реальность или перспективное будущее // Российский вестник дентальной имплантологии. 2015. № 1 (31). С. 25 – 30.

4. Иорданишвили А.К., Слугина А.Г., Сериков А.А. Причины утраты зубов у врослых людей разных возрастных групп // Кубанский научный медицинский вестник. 2015. № 4 (153). С. 82 – 86.

5. Слугина А.Г., Иорданишвили А.К., Сериков А.А., Самсонов В.В., Рыжак Г.А. Оптимизация репаративного остеогенеза челюстей при старении (доклиническое исследование) // Успехи геронтологии. 2016. №1 (29). С. 128 – 133.

FREQUENCY OF DETECTABILITY AND INTENSITY OF A PERIODONTAL DISEASE AT THE VILLAGERS OF ADVANCED AGE SUFFERING FROM A DIABETES MELLITUS

[1]Slama Mikael, [2]Zaborovsky K.A., [2]Pirtskhelava S.C.
[1]Central hospital, Vaas, Republic Finland, [2]GBUZ Leningrad Region "Tosnensky KMB", Tosno of the Leningrad Region
Saint-Petersburg, Russia

Keywords: diabetes mellitus, periodontal disease, advanced age

Abstract. Frequency of detestability and intensity of a periodontal disease at villagers of Tosnensky District of the Leningrad Region and the region of Mr. Vaas of Finland 2 types suffering from a diabetes mellitus is investigated.

Introduction. Up to 98% of adult population long for WHO data parodont diseases, at 90% from them the accompanying pathology is observed. Diseases of tissues of the parodont are one of the main reasons for premature loss of teeth and disturbance of functions of dentoalveolar system. One of the most widespread somatopathies influencing development of pathology of the parodont, as we know, is the diabetes mellitus [1].

At a diabetes mellitus there is a total lesion of vascular system, depression of local immune reactions and activation of a resorption of a bone tissue against the background of which changes of inflammatory, dystrophic and atrophic character develop [7].

Many questions of influence of a diabetes mellitus on takn of the parodont are studied not up to the end, and the available literary data at times are contradictory, not completely surveyed features of implication of a diabetes mellitus in an oral cavity, at the persons living in rural areas.

Material and methods. The research was conducted in stomatologic unit of GBUZ Leningrad Region "Tosnensky KMB" where for stomatologic inspection the villagers of advanced age suffering from a diabetes mellitus were referred. Inspection there passed 340 patients with the established diagnosis a diabetes mellitus 2 types. From them 104 men and 239 women of advanced age with prescription of a disease 1-4 years. On each patient the medical record of the stomatologic patient and "The card of assessment of the stomatologic status" was created.

Clinically the condition of tissues of the parodont was estimated by means of the hygienic (HI), parodontal (PI) papillary and marginal and alveolar (PMA) of indexes. The condition of a bone tissue of interdental septums was studied by means of intra stomatic and panoramic roentgenography. Besides, the mobility of teeth, expression of a furkation was estimated. Comparative part of a research was carried out according to the data which are available in electron medical records of the villagers of the region of Vaas having pathology of the parodont and a diabetes mellitus of the second type. Medical records of 248 patients of dental clinics from which the 45th men and 204 women are studied.

All patients had a disease of Diabetum in compensation stage (glucose level in a blood didn't exceed 8 mmol/l).

Results of a research and discussion.

Distribution of frequency of detect ability of a periodontal disease at the villagers of advanced age suffering from a diabetes mellitus is presented in table 1

	absolute value	%
Villagers of Tosnensky District of the Leningrad Region		
Men	90	86,5
Women	221	92,4
Villagers of the region of Vaas of Finland		
Men	45	100
Women	187	91,6

Attracts attention that the periodontal disease is taped at a large number of the examined persons from both regions that will quite be compounded with data of literature [2]. It is remarkable that at the males living in Finland a periodontal disease it is taped in 100% of cases.
The intensity of a periodontal disease at a diabetes mellitus at the examined persons is presented in table 2.

	chronic generalized periodontal disease of mild degree	chronic generalized periodontal disease of average degree	chronic generalized periodontal disease of serious degree
Villagers of Tosnensky District of the Leningrad Region			
Men	21(26,2%)	51(63,7%)	18(22,5%)
Women	75(33.9%)	125(56,5%)	21(9,5%)
Villagers of the region of Vaas of Finland			
Men	14(31,1%)	28(62,2%)	3(6,6%)
Women	104(55,6%)	55(29,4%)	28(14,97%)

At villagers of Tosnensky District of the Leningrad Region the chronic generalized periodontal disease of moderate severity whereas similar degree of expression of process is taped only at villagers of the region of male Vaas prevails. At female persons in Finland the chronic generalized periodontal disease in mild degree prevails.

Conclusion

The carried-out analysis showed, the high frequency of identification of a chronic generalized periodontal disease at the villagers of advanced age suffering from a diabetes mellitus. Essential differences in the frequency of occurrence of a periodontal disease at residents of the Leningrad Region of the Russian Federation and inhabitants of a region of Vaas of Finland aren't taped.

Literature

1. Abalmasov N. G., Modern ideas and reflections on the complex treatment of periodontal diseases / Abalmasov N. G., Abalmasov N. N., Geletin L. N., Solov'ev A. A. // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal, № 5, 2009. C. 42-45.
2. Iordanishvili, A.K. Dental status of elderly and senile people / A.K. Iordanishvili, S.V. Soldatov, L.N. Soldatova i dr. // Uspekhi gerontologii. - 2010. - T. 23, № 4. - S. 644-651.
3. Savchenko Z.I., Clinical and immunological characteristics of periodontal conditions in patients with diabetes mellitus II type / Savchenko Z.I., Kozodoeva M. V., Ivanova E. V., Evetifeeva O. V. // Klinicheskaya stomatologiya. 2011, № 3. C. 76-79.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИМПЛАНТАТОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Солдатова Л.Н.[1], Махмуд Аль-Джаммал[2]
[1] Стоматологическая клиника ООО «Альфа-Дент», [2] Частная стоматологическая практика,
г. Санкт-Петербург г. Дубай (Объединенные Арабские Эмираты)
E-mail: slnzub@gmail.com

Резюме. Представлен опыт использования ортодонтических миниимплантатов при лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Ключевые слова: мини имплантаты, минивинты, зубочелюстные аномалии, стабильная опора, фиксационные требования, внутриоральные зоны фиксации, внеротовые зоны, небная дуга, лицевая дуга, лицевая маска, нагубный амортизатор.

Цель исследования. Изучить эффективность использования ортодонтических миниимплантатов при лечении пациентов с различными зубочелюстными и зубоальвеолярными аномалиями.

USAGE OF MINI-IMPLANTS IN ORTHODONTIC TREATMENT

Soldatova L. N.[1], Mahmoud Al-Dzhammal[2]
[1]Dental clinic of LLC «Alfa-Dent», [2]Private stomatologic practice,
Saint-Petersburg, Russia, Dubai, United Arab Emirates
E-mail: slnzub@gmail.com

Summary. The experience of using orthodontic mini-implants in the treatment of patients with dentoalveolar anomalies is presented.
Keywords: mini-implants, minis crews, dent alveolar anomalies, a stable prop, fixation requirements, intra-oral fixation zones, extra oral zones, a palatal arch, a facial arch, a facial mask, over-lip absorber.
Relevance. One of the problems of orthodontics is the achievement of essential effort for adequate movement of a certain tooth or group of teeth today. The reliable fixation of supporting teeth is needed to achieve this effect. The achieving a stable prop is one of the most important success factors for the estimated result of orthodontic treatment. Requirements for stable prop depend on the number of factors: the amount of teeth being moved, the type of teeth being moved, the type of tooth movement, and the duration of the tooth movement. Thus, the fixing requirements for each patient are determined.
There are intraoral zones of fixation: teeth, alveolar bone, basal bone and muscles; and extra oral is the skull, the back of the neck and facial bones. Extra oral fixation areas for orthodontic treatment are mainly used when it is not possible to obtain adequate prop by oral zones.
A palatal arch, a facial arch, a facial mask, over-lip absorber, fixation system “Nance” earlier have traditionally been used for achieving better prop while orthodontic treatment.
During the orthodontic treatment, extra fixation of the supporting teeth by extra oral devices such as the facial arch (headset) is required. However, many patients do not want to use extra oral equipment because of social and aesthetic reasons. In this case the success of orthodontic treatment mostly depends on the cooperation of the patient and the doctor. In many cases, the drawback of cooperation leads to loss of the stable prop and unsatisfactory results of the treatment.
Purpose of the research studied the effectiveness of using of the orthodontic mini implants in the treatment of patients with various dent alveolar and dental alveolar anomalies.
Materials and methods. We used mini-implants in combination with traditional fixed orthopedic structures (bracket system) in orthodontic practice for the elimination of dent alveolar anomalies for several years.
Among the various types of implants, mini-implants take an absolute advantage. Less surgical manipulations are required for installation of mini- implants, which are less traumatic for the patient; also mini- implants reduce the attachment area and the probability of postoperative complications, but there are more sites for the installation of the mini implant at the same time.
The installed mini-implant simplifies the orthodontic treatment at all and expands the opportunities of orthodontic treatment. Mini-screws are not limited to a specific location, and their installation is technically simple. Mini- screws can be weighted immediately after installation.
We used orthodontic mini-implants in the treatment of 43 patients (26 women, 17 men)
Results. We realized 72 movements of various teeth in three different planes:
- 30 in the mesio-distal direction (18- the movement of the frontal teeth, 12 - movements - displacement of the lateral teeth);
- 16 vertical movements of the tooth (10 - insertion of lateral teeth for the correction of opened dental occlusion , 6 - introduction of frontal teeth for correction of deep occlusion);
- 12 lateral movements (for correction of the central line);
- 14 movements to create an additional place with crowded teeth.
64 was the total number of installed mini-screws we used. Only 4 mini-screws were rejected from the beginning of treatment (6.25%), but later these mini-screws were installed into the nearby place of the alveolar bone. Thus, the successful using mini-screws was in 93.75%.
In our opinion, usage of mini-screws in orthodontic practice solves the following problems:
- the maximum fixation of supporting teeth is achieved
- the process of orthodontic treatment is accelerated;
- the time of stabilization of the treatment result are reduced;
- extra oral equipment for patient is not needed
-effective replacement of missing supporting teeth

The conclusion. We determined that the usage of orthodontic mini-implants in combination with fixed orthodontic equipment during the treatment of adult patients expands the opportunities of correction of dent alveolar and dental anomalies, which treatment by traditional methods would be more time-consuming and not so effective at all.

The list of the references:

1. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н. Особенности психофизиологического статуса молодых людей, страдающих зубочелюстными аномалиями и проходящих ортодонтическое лечение // Журнал «CATHEDRA». – 2016. – №57. - С. 76 –78.
2. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н. и соавт. Особенности отношения молодых людей с зубочелюстными аномалиями к болезни в процессе ортодонтического лечения // Ортодонтия. – 2016. - № 4 (76). – С. 58-61.
3. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Акулович А.В. Лечение зубочелюстных аномалий – путь к психическому и социальному здоровью молодежи (профессор Ф.Я. Хорошилкина и ее вклад в ортодонтию) // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2017.- Т.16. - № 4 (63). – С. 77 – 80.
4. Oh Y, Park H, Kwon T. Treatment effects of microimplant-aided sliding mechanics ondistal retraction of posterior teeth. Am J Ortho Dentofac Orthop 2011; 139: 470-481.
5. Koyama I, Lino S, Abe Y, et al. Differences between sliding mechanics with implant anchorage and straight-pull headgear and intermaxillary elastics in adults with Bimaxillary protrusion. Eur J Orthod 2011;33: 126-131.
6. Sung SJ, Jang GW, Chun YS, Moon YS. Effective en-masse retractiondesing with orthodontic mini-implant anchorage: a finite element analysis. Am J Ortho DentofacOrthop 2010; 137: 648-657.

СОСТОЯНИЕ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА

Старковский К.И., Михайлова А.В., Иванова С.Е., Толкачева С.В., Николаева М.В., Каминская Л. В.
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»
г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: пародонтит, пульпит, эндодонтическое лечение

THE CONDITION OF TOOTH PULP AT INFLAMMATORY PROCESSES IN PARODONT TISSUES

Starkovskii K.I., Mikhailova A.V., Ivanova S.E., Tolkacheva S.V., Nikolaeva M.V., Kaminskaia L.V.
Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Dental clinic №29
Saint Petersburg, Russia

Keywords: periodontitis, pulpitis, endodontic treatment

Введение. Воспалительные процессы в тканях пародонта являются одной из наиболее актуальных проблем в стоматологии. Несмотря на большое число работ, посвященных этой проблеме, вопрос о прямой и обратной связи между состоянием пульпы зуба и пародонта остается актуальным. Изменения в пульпе зуба при пародонтите прежде всего, связаны с нарушением питания через дополнительные и основной корневые каналы вследствие атрофии альвеолярного отростка или травматизации сосудисто-нервного пучка вследствие подвижности зуба. Так же возможно проникновение микробов или их токсинов через дентинные трубочки, просвет которых открывается за счет резорбции цемента и дентина корня зуба при пародонтите. Несмотря на распространенность, эти изменения, как правило, мало симптомы, часто не диагностируются и на современном уровне стоматологами не лечатся, кроме единичных случаев, так называемого ретроградного пульпита, который в последние годы в учебной и научной литературе описывается недостаточно.

Цель. Изучить состояние пульпы зуба при воспалительных заболеваниях пародонта в зависимости от тяжести пародонтита в однокорневых и многокорневых зубах.

Материалы и методы. Проведено изучение характера, распространенности и степени выраженности изменений в пульпе зуба человека при пародонтите различной степени тяжести. Отмечено, что при пародонтите легкой степени изменения отсутствуют либо они ничтожны, в то время как они значительны при средней и тяжелой степени тяжести пародонтита. Изучена степень тяжести и характер изменений в пульпе зуба при пародонтите в зависимости от анатомических особенностей строения зуба: однокорневой, многокорневой. При этом установлено, что пародонтогенный пульпит характерен только для многокорневых зубов. В то время как в однокорневых зубах гибель пульпы протекает бессимптомно с развитием пародонтогенного периодонтита. Предложен ряд диагностических критериев, которые обосновывают необходимость проведения эндодонтического лечения зубов при пародонтите. Даны рекомендации к ограничению применения биологического метода лечения пульпита при пародонтитом средней и тяжелой степени, а также предварительной подготовки - депульпирования указанных зубов перед проведением различных видов реставраций зуба. Установлена разница в показаниях электровозбудимости (ЭОД) пульпы зуба у передних (однокорневых) и боковых (многокорневых) зубов, которая увеличивается по мер прогрессирования пародонтита.

Результаты. С целью исключения влияния воспаленной пульпы на пародонт в комплексное лечение больных с пародонтитом средней и тяжелой степеней необходимо включать эндодонтическое лечение зубов. Сформулированы рекомендации по расширению показаний к депульпированию зубов со средним и тяжелым пародонтитом перед использованием реставраций, предполагающих глубокое и обширное препарирование зуба. При проведении санации больных с заболеваниями пародонта следует отказаться от применения биологических методов лечения пульпита. При проведении электроодонтодиагностики зубов следует учитывать, что показатели боковых (многокорневых) зубов отличаются от передних (однокорневых). Эти показатели увеличиваются по мере прогрессирования пародонтита в области исследуемого зуба.

Выводы. Пульпа в зубах с хроническим катаральным гингивитом и с легкой степенью тяжести пародонтита по клиническим и морфологическим показателям практически не отличается от нормы. В пульпе зубов со средней и тяжелой степенью тяжести пародонтита при микроскопических исследованиях выявляются воспалительные изменения в 7 % случаев, потеря ткани в результате частичной гибели пульпы от воспаления или ишемии в 100 % случаев. Частым клиническим проявлением изменений в пульпе зубов при пародонтите является гиперестезия дентина (80 %). Положительная холодовая проба (гиперестезия пульпы) встречается несколько реже (50 %), иногда отмечается следовая боль (5 %). Восходящий пародонтогенный пульпит развивается еще реже - в 3 % случаев, причем только в многокорневых зубах. Увеличение показателей электроодонтометрии отмечается только при пародонтите тяжелой степени.

Список литературы:

1. Боровский Е.В. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения. //Новости Deutspty-2003- № 8- с.8-11.
2. Саймон Д., Деус К. Взаимосвязь между пульпой и пародонтом // Эндодонтия / Под ред. Коэн С., Берне Р. Эндодонтия . Пер с англ. СПб.: Мир и Семья - 95 , Интерлайн. ,2000 . - С. 510 - 529 .
3. Щербаков А.С. Биомеханика зуба и зубного ряда при пародонтите //Современные методы диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний: Сб. работ областной научно практической конференции. - Тверь, 2004. - С. 7 - 10.

Trowbride H., Kim S., Lud H. Structureat and function of the dentin and Pulp Complex / In Cohen S., Burns R.C. Pathways of the Pulp / ed 8, St Louis, 2002, Mosby. P. 411-486.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Сурдина Э.Д., Силин А.В., Каспина А.И.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: красный плоский лишай слизистой оболочки рта, нарушения липидного обмена, свободные жирные кислоты, эйкозопентаеновая жирная кислота (омега-3), линолевая жирная кислота (омега-6), лауриновая жирная кислота, гепатобилиарные расстройства, индекс свободных жирных кислот.

ORAL LICHEN PLANUS AS A MANIFESTATION OF METABOLIC DISORDERS

E.D.Surdina, A.V.Silin, A.I.Kaspina
Northwestern State Medical University n.a. I.I. Mechnikov
Saint Petersburg, Russia

Key words: lichen planus of the oral mucosa, lipid metabolism disorders, free fatty acids, eicosapentaenoic acid, linoleic acid, lauric acid, hepatobiliary disturbances, FFA Index.

Красный плоский лишай слизистой оболочки рта (КПЛ СОР) относят к дерматологическим аутоиммунным заболеваниям с неустановленной этиологией [1]. Существуют различные формы заболевания, при которых, помимо основного признака – голубовато-перламутровых папул, наблюдают воспалительно-дистрофические изменения разной степени выраженности. По мере прогрессирования процесса увеличивается площадь распространения признаков, или меняются формы заболевания с менее тяжелых на более тяжелые. По мнению многих авторов развитие КПЛ СОР, в большей мере, связано с наличием сопутствующих заболеваний [2]. В результате ретроспективного анализа историй болезни 420 больных КПЛ СОР нами выявлено, что у 96,7 % пациентов в анамнезе имелись заболевания гепатобилиарной системы, напрямую или косвенно, связанные с нарушениями липидного обмена. Известно, что, практически, ни одно из нарушений липидного обмена не протекает без изменений в жирнокислотном спектре крови [3].

Целью нашего исследования стал анализ изменений состава свободных жирных кислот (СЖК) крови больных КПЛ СОР.

Материалы и методы. В основную группу вошли больные 15 больных КПЛ СОР с разными формами и распространенностью заболевания на СОР; в контрольную — 10 человек без признаков КПЛ на СОР, сопоставимые с основной группой как по возрасту и полу, так и по наличию в анамнезе гепатобилиарных расстройств и гиперхолестеринемии. Проведено исследование спектра хроматографических пиков 19-ти видов средне- и длинноцепочечных СЖК от каприловой (C8:0) до докозагексаеновой (C22:6n3) в крови методом газохроматографического анализа. Результаты обработаны непараметрическими методами статистического исследования с применением критериев Вилкоксона.

Результаты исследования. На основании проведенного исследования было установлено повышение в крови больных КПЛ СОР уровня насыщенной лауриновой кислоты (C12:0), $p = 0{,}04$. В соотношениях между отдельными видами жирных кислот достоверными явились изменения в соотношении концентраций между эйкозапентаеновой (C20:5n3) и лауриновой (C12:0) кислотами, $p=0{,}005$, а также между эйкозапентаеновой (C20:5n3) и линолевой (C18:2n6) кислотами, $p=0{,}002$. Выявленные закономерности были отражены нами в формуле: **К = ([C20:5n3] / [C12:0]) × ([C20:5n3] / [C18:2n6]),** где: **К** — индекс СЖК, **[C20:5n3]** —концентрация (мг/л) полиненасыщенной эйкозапентаеновой кислоты, **[C12:0]** - концентрация (мг/л) насыщенной лауриновой кислоты, **[C18:2n6]** — концентрация (мг/л) полиненасыщенной линолевой кислоты (пат. N 2558048).

Нами были проанализированы значения индекса СЖК относительно тяжести течения заболевания — формы КПЛ СОР и её распространенности на СОР. Анализ показал, что индекс **СЖК ≥ 1,4** соответствует более легкому течению заболевания, то есть сетчатой локализованной форме КПЛ СОР; индекс **СЖК от 1,0 до 1,3** определен у больных со средней степенью тяжести течения — с сетчатой умеренно распространенной и

экссудативно-гиперемической локализованной формами КПЛ СОР; индекс **СЖК ≤ 0,9** определен у больных с более тяжелыми формами КПЛ СОР - с экссудативно-гиперемической распространенной; эрозивно-язвенной локализованной и распространенной, а также с гиперкератотической распространенной формами.

Заключение. С помощью газохроматографического анализа установлены изменения в спектре СЖК у больных КПЛ СОР в отношении трех жирных кислот. Разработанный индекс СЖК можно использовать не только для раннего выявления риска развития и прогнозирования течения КПЛ СОР, но и для профилактики осложненных форм заболевания путем комплексного лечения гепатобилиарной патологии и нарушений липидного обмена.

Литература:

1. Рабинович О.Ф. Иммунологические аспекты патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки рта (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. …док.мед.наук. Москва, 2001. 39 с.
2. Шумский А.В., Трунина Л.П. Красный плоский лишай: монография. Самара: РЕАВИЗ. 2004. 162 с.
3. Осипенко А.Н. Диагностика нарушения липидного обмена у пациентов с синдромом полиорганной недостаточности по спектру жирных кислот плазмы и эритроцитов крови / Осипенко А.Н., Марочков А.В., Акулич Н.В. // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы междунар. науч. конф. (г. Челябинск, июнь 2012 г.). Челябинск: Два комсомольца, 2012. С. 16-19.

ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Ханов И.А., Шумченко М.А., Забежинская И.З., Сабурова К.В.
СПБ ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ключевые слова: пародонтит, сахарный диабет 2 типа

STUDY OF GYNGIVIT AND PARODONTITIS PREVALENCE IN PERSONS WITH SUGAR DIABETES OF SECOND TYPE

Khanov I.A., Shumchenko M.A., Zabezhinskaya I.Z., Saburova K.V.
Dental clinic № 29
Saint-Petersburg, Russian Federation

Key words: periodontitis, type 2 diabetes mellitus

Актуальность проблемы. Во всех странах мира остается актуальной проблема влияния очагов хронической инфекции в ротовой полости на развитие общих заболеваний. Высокая частота поражений органов полости рта (до 90 %) при сахарном диабете обусловлена поражением микрососудистой системы, резорбцией костной ткани, снижением местных иммунных реакций. Важность выявления и лечения пародонтита заключается в том, что снижение воспаления тканей пародонта благоприятно сказывается и на здоровье полости рта, и на уровне глюкозы в его крови. Поэтому эндокринолог должен уделять особое внимание ротовой полости пациента, своевременно направляя его на стоматологическое обследование.

Цель исследования: изучить состояние органов полости рта у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Исследования проведены на базе СПБ ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29» СПб, пациентов направляли из эндокринологических отделений районных поликлиник. Всего обследовано 76 пациентов. Обследование проводилось по методике рекомендованной ВОЗ. В группах 35–44 года (45,8%), 45–64 года (22,7%), 65-74 года (31,5%). Интенсивность кариеса определялась при помощи индекса КПУ. Уровень гигиены при помощи индекса гигиены Силнесс-Лоэ (Silness-Loe, 1962). Для удобства анализа результатов клинического исследования во время первичного обращения пациентов с СД 2 типа в поликлинику проводили их анкетирование с помощью

специально разработанной анкеты, которая содержала общие вопросы, характеризующие социальный статус пациента (пол, возраст, сопутствующие заболевания и т.п.), а также специальные вопросы, связанные с информированностью пациентов о связи стоматологических заболеваниях с сахарным диабетом 2 типа. Также уточняли частоту посещения пациентами врача-стоматолога, наличие вредных привычек и знаний об индивидуальной гигиене полости рта. Кроме того, были опрошены 60 врачей-эндокринологов и 200 врачей-стоматологов на предмет наличия у них знаний о наличии взаимосвязи между заболеваниями твердых тканей зубов и сахарным диабетом 2 типа. Обязательным условием было добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследования. При проведении анкетирования выявили, что первые клинические симптомы, такие как хроническая усталость, отметили 34,5 %, сухость в полости рта – 16 % и проявление кожного зуда также у 16 % респондентов. Неприятный запах изо рта встречается в 25 %, у 8,5 % наблюдались боли в ВНЧС.

На основании данных анкет о стоматологическом здоровье пациентов выявлено, что подвижность зубов отметили 84 %, кровоточивость десны – 96 %. 92 % анкетируемых отметили наличие отсутствующих зубов. Ранее проводимое лечение по поводу кариеса и заболеваний пародонта отметили 90 %. Определили, что эстетическую неудовлетворенность в полости рта отметили 40 % респондентов.

Следует отметить, что наличие ортопедических конструкций отмечено у 65 %. Сроки пользования ортопедическими конструкциями более 5 лет наблюдаются у 57,6 %. Больные сахарным диабетом посещают врача стоматолога–пародонтолога 23 %. Состоят на диспансерном учете у других специалистов 11,1 %.

Согласно данных анкетирования уровень гигиенических навыков неудовлетворительный, питание не сбалансировано. Не достаточно используется в качестве продуктов питания овощи и фрукты, режим питания нарушен. Санитарно-просветительная работа находится на низком уровне и не проводится достаточно стоматологами и врачами других специальностей – терапевтами, лор– врачами, средним медицинским персоналом. Информированность о гигиенических навыках полости рта среди респондентов составила 65 %.

Согласно данным исследованиям распространенность кариеса во всех возрастных группах– 100 %, нуждаемость в терапевтическом лечении выявили в обследуемых группах 35– 44года (100 %) и в группе 45– 64 года (100 %).

В возрастных группах 35– 44года и 45– 64 года заболевания пародонта выявлены у 100% пациентов с СД 2 типа. Тяжелая степень заболевания наблюдалась в 69,2%, средняя в 23,1%, легкая в 7,6% чел. В проведении профессиональной гигиене нуждались 100%, потребность в повторном медикаментозном лечении – 100%. Нуждаемость в протезировании зубочелюстной системы в возрастной группе 35- 44 года соответствует 78,3%, 45-64 года в протезировании нуждаются 95,4%, а в возрасте 65-74года необходимость в протезировании 100%.

Таким образом, проведенное первичное обследование позволило выявить основные проблемы стоматологического здоровья у пациентов с СД 2 типа и определить основные направления в лечении и профилактике заболевания.

Выводы. Основываясь на результатах проведённого исследования можно заключить, что распространенность кариеса зубов, патологии тканей пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа составила 100% в возрастных группах 35– 44года и 45– 64 года. Увеличение процента удаленных зубов у пациентов с СД 2 типа, указывает на необходимость усиления внимания к проблеме ранней диагностики, составлению индивидуального плана лечения и, что наиболее важно, своевременной профилактики патологии твердых тканей зубов и тканей пародонта у пациентов данной группы. Необходимо активно информировать как пациентов, так и специалистов эндокринологов и стоматологов о междисциплинарной проблеме.

Литература

1. Бабич В.В., Иорданишвили А.К., Окунев М.А., Удальцова Н.А. Организация диагностики и лечения заболеваний височно-нижднечелюстного сустава с учётом адаптационных возможностей организма. - СПб.: Нордмедиздат, 2016. – 77 с.
2. Воложин А. И. Патогенетические механизмы поражения пародонта при сахарном диабете // Стоматология нового тысячелетия: материалы Российского научного форума с международным участием. — М.: Авиаиздат, 2009. - С. 34 -36.
3. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Самсонов В.В. и др. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения // Пародонтология. - 2015. -№ 1 (74).- С. 78-80.
4. Кирсанов А. И., Орехова Л. Ю., Горбачева И. А. Изучение взаимосвязи с общим состоянием организма // Пародонтология. - 2006. - № 2. - С. 41- 42.
5. Мороз Б.Т., Жаворонкова Н. В., Хромова Е. А. Влияние сахарного диабета 2 типа на стоматологический статус пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта // Институт стоматологии.- 2013.- №3.- С.64 - 66.
6. Тытюк С.Ю., Иорданишвили А.К. Стоматологическое здоровье при хронических воспалительных заболеваниях кишечника.- СПб.: Нордмедиздат, 2016.- 144 с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В СТОМАТОЛОГИИ, ИНТРАОРАЛЬНЫЕ КАМЕРЫ

Фесенко В.А., Гордеева О.С.
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29»
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: диагностика, интраоральные камеры, пародонтит.

MODERN METHODS OF DIAGNOSING PERIODONTAL DISEASES IN DENTISTRY INTRAORAL CAMERA

Fesenko V.A., Gordeeva O.S.
Dental clinic №29
St. Petersburg, Russia

Key words: diagnostics, intraoral camera, periodontitis.

Методы видеоисследования – это современные методы диагностики, которые способны значительно облегчить работу стоматолога. Для врача главные плюсы в работе с интраоральной камерой видны сразу: скорость и удобство диагностики, демонстрация результатов пациенту, равномерное освещение рабочего поля плюс контроль над каждым шагом лечения. Пациенты же становятся непосредственными участниками диагностики, лучше понимают предлагаемые врачом варианты лечения и могут оценить результаты его работы. [1]

Нередко некачественные пломбы и протезы создают во рту условия для ретенции пищи. В отсутствие или при снижении самоочищаемости рта и недостаточной его гигиенической обработке происходит ретенция остатков пищи, органических компонентов слюны на зубах, в межзубных промежутках и тканях пародонта, что приводит к образованию зубной бляшки. Отсутствие гигиены полости рта либо плохое её качество, как основной фактор риска, приводит к развитию гингивита и кариеса. Интраоральная камера является одним из методов контроля гигиены полости рта. [2]

Цель исследования: Оценить эффективность диагностики заболеваний пародонта с использованием технологий видеосъемки при помощи интраоральной камеры.

Материалы и методы исследования: На базе отделения платных услуг СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29» было произведено обследование двух групп лиц по 87 человек в каждой группе. Все пациенты проживают во Фрунзенском районе, средний возраст пациентов составил 39 ± 18 лет (от 21 до 57). Для осмотра контрольной группы были использованы стандартные методы диагностики, такие как сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр, осмотр полости рта при помощи зеркала, зондирование, перкуссия зубов, определение индексов гигиены полости рта по Федорову-Володкиной. Для группы исследования при осмотре полости рта была дополнительно использована интраоральная камера с углом обзора 105 градусов, разрешением изображения 5.0 мп,

мощностью DC 5V ± 0.5 (1.5 ампер), подсветкой из 6 светодиодов белого цвета и автофокусировкой. Оценка результатов проводилась при помощи метода анкетирования, разработанного для исследования, с последующей обработкой результатов с использованием статистического метода.

Результаты исследования: Около 74% пациентов в группе исследования и около 76% пациентов в контрольной группе имеют неудовлетворительную гигиену полости рта (ИГ= 2,3 – 4,0). Пациенты из группы исследования отметили, что изображения, полученные камерой, облегчили им понимание существующих у них проблем, такие как скрытые кариозные полости, наличие над- и под- десневых зубных отложений, нарушения краевого прилегания пломб и некачественных мостовидных конструкций. Также визуализация гигиенического состояния полости рта в начале приема и после проведения комплекса профессиональной гигиены обеспечила пациентам группы исследования мотивацию для поддержания индивидуальной гигиены, что в свою очередь снижает риск возникновения заболеваний пародонта.

Выводы: Большим преимуществом видео- и фотосъемки является и то, что при этих видах обследования визуализируется клиническая картина, которую нельзя получить при обычном осмотре даже при помощи средств оптического увеличения. Интраоральная камера способна выполнять функцию микроскопа, увеличивая изображение в несколько раз: она помогает увидеть любые, даже самые незначительные изменения поверхности зубов, пломб и реставрационных конструкций. Видеосъемка с помощью интраоральной видеокамеры дает возможность зафиксировать наличие пигментаций, микротрещин, эрозий. Методы видеоисследования позволяют в 2 раза увеличить долю выявляемых кариозных дефектов, особенно скрытых. Кроме этого, видеосистемы дают возможность пациенту участвовать в обсуждении клинической картины до и в процессе лечения зубов. Интраоральная камера позволяет документировать статус лечения при заболеваниях десен, а также необходима для контрольного обследования. Контрольное обследование нужно для того, чтобы проверить готовность пациента к сотрудничеству и мотивировать его. Одновременно оно даёт стоматологу возможность повторного проведения определённых локальных мероприятий (например, удаление твёрдых и мягких отложений) на отдельных участках.

Стоит отметить, что данное достижение стоматологии, является абсолютно безвредным прибором и на сегодняшний день не выявлено ни одно противопоказание к его использованию.

Литература:

1. Горячев, Н.А. Современные методы диагностики заболеваний твердых тканей зубов: учеб.-метод. пособие для студентов / Н.А. Горячев; Казан. гос. мед. ун-т. — Казань: Медицина, 2012. — 56 с
2. Пропедевтическая стоматология: Учебник для медицинских вузов/ Под редакцией Э.А. Базикяна. – 2008, - 768с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ПАРАДЕНТАЛЬНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Черныш В.Ф.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Пародонтальные кисты – разновидность одонтогенных кист челюстей. В практике встречается редко. Этиология заболевания не установлена, диагностика затруднена. Киста прилегает к корню зуба, лишь частично охватывая его коронку. Зуб, прилегающий к кисте, как правило, жизнеспособен.

Ключевые слова: одонтогенная киста, прорезывание, зуб мудрости, диагностика.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS OF THE PARADENTAL CAST OF THE JAWS

Chernysh V.F.
Medical military academy named Kirov

Summary. Parodontal cysts are a kind of odontogenic cysts of the jaws. In practice it is rare. The etiology of the disease is not established, diagnosis is difficult. The cyst is adjacent to the root of the tooth, only partially covering its crown. The tooth, adjacent to the cyst, is usually viable.
Key words: odontogenic cyst, eruption, wisdom tooth, diagnostics.
Введение. Известно, что одонтогенные кисты челюстей встречаются чаще чем кистозные образования всех других костей организма [1]. Эти кисты представляют собой полостное образование, возникающее в толще челюстных костей, выстланное многослойным плоским эпителием и имеющее жидкое содержимое. Среди одонтогенных кист челюстей выделяют радикулярные, фолликулярные и пародонтальные кисты [2,3].Синонимами парадентальной кисты являются: пародонтальная киста, киста прорезывания, ретромолярная киста [4,5].

Пародентальные кисты в структуре одонтогенных кист составляют 3% больных с кистами челюстей [6]. По гистологическому строению парадентальные кисты принципиально не отличаются от других одонтогенных кист.

Этиология заболевания не установлена. Их патогенез связывают с патологией прорезывания нижних зубов мудрости. При затруднённом прорезывании нижнего третьего моляра позади него возникает костный карман, выполненный фиброзной тканью с наличием в ней эпителиальных клеток Малассе из периодонта интактного зуба мудрости, что приводит к образованию оболочки, выстланной многослойным плоским эпителием и развитию кисты прорезывания. В клинической практике парадентальные кисты из-за определенных сложностей в диагностике распознаются не всегда, а принимаются за фолликулярные кисты и лечатся как последние. Следует отметить, что в отечественной литературе вопросы этиопатогенеза, клиники и диагностики парадентальных кист освещены недостаточно и публикации о них носят единичный характер. Это и побудило наш интерес к обсуждению данного вопроса. Если известно, что происхожденние радикулярных одонтогенных кист связано с хроническим воспалительным процессом в периодонте – фолликулярных – объясняется нарушением развития зубного фолликула, то возникновение пародентальных кист до конца не выяснено. Клиника парадентальных кист не имеет характерных специфических признаков. Киста, как правило, возникает в области непрорезавшегося полуретенироваанного нижнего зуба мудрости. Она растет бессимптомно, поэтому выявить её в начальной стадии развития крайне сложно. По мере роста в ретромолярной области полуретенированного нижнего зуба мудрости появляется ограниченная безболезненная припухлость. Диагноз устанавливается только на основании рентгенологического исследования. На рентгеновских снимках выявляется разряжение костной ткани позади непрорезавшегося нижнего зуба мудрости округлой или овальной формы с четкими границами, расположенное в области угла или ветви нижней челюсти. Полуретенированный нижний зуб мудрости располагается возле кисты, сохраняется периодонтальная щель в области его верхушки. Парадентальная киста охватывает только часть коронки непрорезовавшегося зуба, а данные электроодонтометрии подтверждают его жизнеспособность (от 2 до 6 мкА).

Заключение. Таким образом, вышеприведенные признаки позволяют безошибочно распознать парадентальную кисту и провести её дифференциальный диагноз с другими одонтогенными кистами и опухолями нижней челюсти. Среди них: - на ортопантомограмме в области угла или ветви нижней челюсти позади зуба мудрости выявляется разряжение костной структуры округлой или овальной формы с четкими границами в виде полоски остеосклероза; - определяется периодонтальная щель вокруг верхушки корня. Киста прилегает к коронке и корню зуба лишь частично охватывая его коронку. Полуретенированный зуб мудрости, как правило, жизнеспособен. Это подтверждается наличием периодонтальной щели вокруг верхушки его корня и данными электроодонтометрии (зуб реагирует на ток от 2 до 6 мкА).

ЛИТЕРАТУРА
1. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. СПб: Нордмедиздат, 2000. С. 67 – 78.
2. Соловьёв М.М. и соавт. Оперативное лечение одонтогенных кист. СПб: СпецЛит, 2004. 127с.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев, 2002. 987 с.
4. Лобейко В.В., Иорданишвили А.К., Черныш В.Ф. Пародонтологический статус пожилых и старых людей при заболеваниях слюнных желез // Пародонтология. 2017. №3 (84). С. 29 – 32.
5. Rosenthal W., Hoffman-Axthelm W., Bienengraber A. Spezielle Zahn-Mund-und Kieferchirurgie. Verlag Leipzig, 1963. P. 436 – 446.
Bethmann W. Operationskurs fur Stomatologen. Verlag Leipzig, 1970. P. 111 – 112.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА

Щипицына М.С., Тытюк С.Ю.
Городская поликлиника № 56 Санкт-Петербурга, tmos2005@yandex.ru
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, городская поликлиника № 56 Санкт-Петербурга, tmos2005@yandex.ru
Институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, pol0012@ mail.ru

Резюме. Изучена частота кариеса корня зуба и особенности клинического течения этой патологии у 4701 (2526 мужчин и 2175 женщин) человек в возрасте от 18 до 88 лет. Наибольшая частота изучаемой патололгии была у людей старших возрастных групп, и составила в пожилом возрасте 9,88%, в старческом возрасте – и 7,4%, особенно у лиц, страдающих сахарным диабетом.

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

THE PECULIARITIES OF THE CLINICAL CARICAS DURING THE TOOTH ROOT

Shchipitsyna MS, Tyutyuk S.Yu.
City polyclinic № 56 of Saint-Petersburg, tmos2005@yandex.ru

Summary. The frequency of tooth root caries and the clinical course of this pathology in 4701 (2526 men and 2175 women) aged 18 to 88 years were studied. The highest frequency of studied pathology was in older age groups, and was 9.88% in the elderly, and in the old age - 7.4%, especially in people with diabetes.

Key words: caries of the tooth root, adults, root caries frequency, age features of the clinical course, gum recession, chronic generalized periodontitis, diabetes mellitus

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

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

Материал и методы исследования. Для определения особенностей течения кариеса корня и его встречаемости выполнен стоматологический осмотр 4701 (2526 (53,73%) мужчин и 2175 (46,27%) женщин) жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области в

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

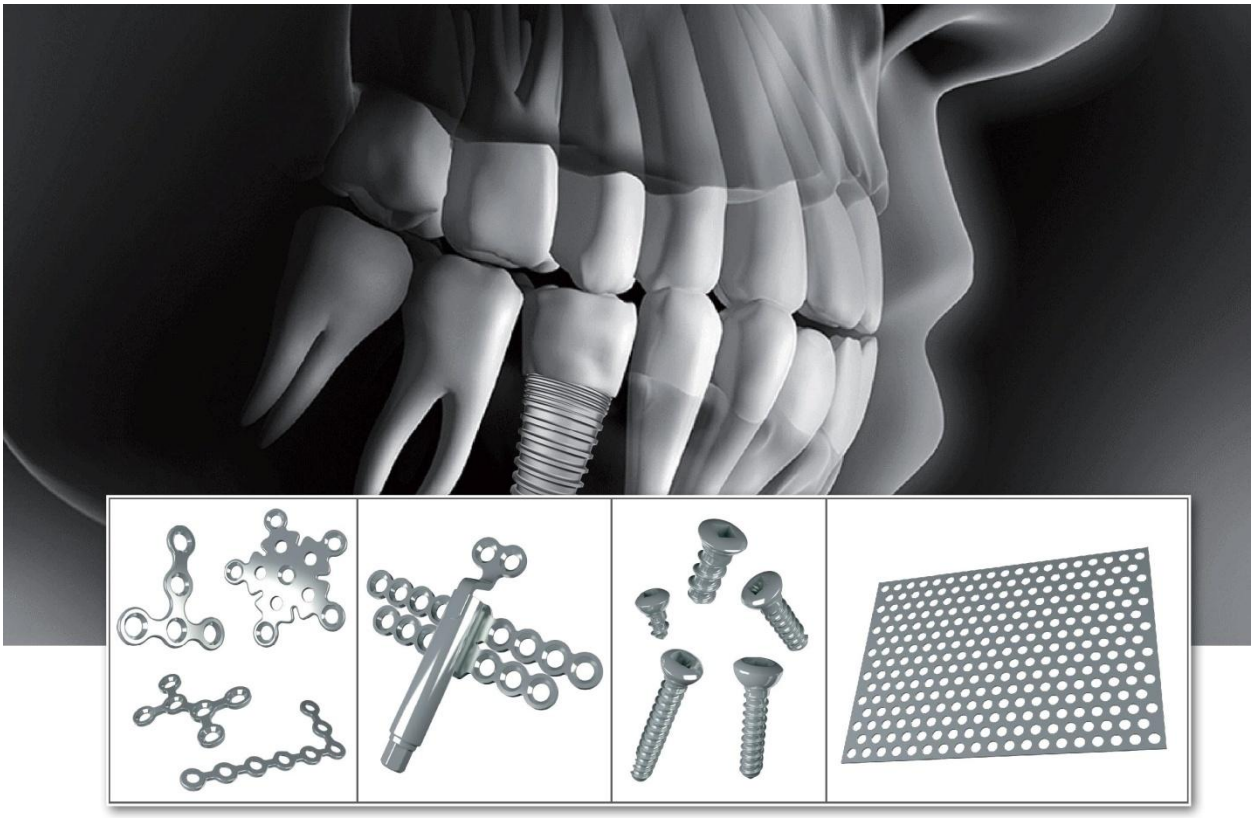
Результаты исследования. Установлено, что наибольшая частота кариеса корня зуба была у людей старших возрастных групп, и составила в пожилом возрасте 9,88%, в старческом возрасте – и 7,4%. У людей юношеского, 1-ого и 2-ого зрелого возраста кариес корня диагностировался относительно редко, соответственно,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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Иорданишвили А.К., Дробкова К.О. Диагностика и лечебно-профилактические мероприятия при эрозиях зубов // Институт стоматологии. 2016. № 3 (72). С. 80 – 81.
2. Иорданишвили А.К., Хромова Е.А., Удальцова Н.А., Волкова Т.В., Присяжнюк О.В. Особенности патологии твёрдых тканей зубов у взрослых пациентов с сахарным диабетом второго типа //Институт стоматологии. 2016. № 3 (72). С. 32 – 34.
3. Особенности функционирования слизистой оболочки полости рта и языка при хронических заболеваниях почек, кишечника и эндокринной патологии / А.К. Иорданишвили, О.А. Бельских, Д.С. Тишков [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2015. № 4. С. 30 – 36.
4. *Тытюк, С.Ю.* Твердые ткани зуба взрослых людей при болезни Крона и хроническом неспецифическом язвенном колите: распространенность патологии и морфологическое строение / С.Ю. Тытюк, О.Л. Пихур, А.К. Иорданишвили [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2015. – № 4. – С.57-61.
5. *Тытюк, С.Ю.* Поражения органов и тканей полости рта при хронических воспалительных заболеваниях кишечника у взрослого человека / С.Ю. Тытюк, О.Л. Пихур, А.К. Иорданишвили [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2015. – № 3. – С.49-55.
6. *Тытюк, С.Ю.* Состояние местного иммунитета полости рта лиц, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями кишечника / С.Ю. Тытюк. М.Е. Малышев, А.К. Иораднишвили [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 4. – С.131-136.

СТОМУС
группа компаний
ТОВАРЫ ДЛЯ ПАРОДОНТОЛОГИИ
КОГДА ХОЧЕТСЯ ВСЕ...
Концепция Tissue Care - сохранение мягких тканей после имплантации
Система фотодинамической антибактериальной терапии в пародонтологии
Японские иглы и немецкие нити – идеальный тандем
Истинно немецкий инструмент для комфортной работы врача
Скалеры нового поколения для бескомпромиссной борьбы с отложениями
Регенерация кости и мягких тканей с предсказуемым результатом
www.stomus.ru
8 800 550-48-48
(бесплатно по всей России)



ИНСТРУМЕНТЫ И ИМПЛАНТАТЫ ДЛЯ ХИРУРГИИ ИЗ ТИТАНА

CONMET

125413, МОСКВА,
ОНЕЖСКАЯ 24/1,
ТЕЛ.: +7 (495) 234-91-13
conmet@conmet.ru

Издательство – Нормедиздат

ISBN 978-5-98306-159-0

Подписано в печать 5.04.2018. Формат 84*108/32
Усл. печ.л.10
Бумага офсетная. Печать офсетная
Тираж 350 экз.