ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МО РФ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.М. КИРОВА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ



ВСЕРОССИЙСКАЯ ЮБИЛЕЙНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ

Посвященная
80-летию со дня рождения профессора М.А. Слепченко

21–22 ноября 2017 года
Санкт-Петербург



Слепченко Михаил Александрович
Главный стоматолог Вооружённых Сил СССР
Начальник кафедры челюстно-лицевой хирургии
и стоматологии (1988 – 1990) Военно-медицинской
академии имени С.М. Кирова
Полковник медицинской службы,
доктор медицинских наук, профессор

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МО РФ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.М. КИРОВА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
ООО «КОМ-ФОРУМ»

ВСЕРОССИЙСКАЯ ЮБИЛЕЙНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ

Посвященная
80-летию со дня рождения профессора М.А. Слепченко



21–22 ноября 2017 года
Санкт-Петербург

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОНФЕРЕНЦИИ:

Начальник Главного Военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации **ТРИШКИН Д.В.**

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

ВрИО начальника Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова доктор медицинских наук профессор генерал-майор медицинской службы **БУНИН С.А.**

Начальник 1 управления – заместитель начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации генерал-майор медицинской службы **КУВШИНОВ К.Э.**

Члены организационного комитета:

Заместитель начальника академии по учебной и научной работе Заслуженный врач Российской Федерации доктор медицинских наук профессор генерал-майор медицинской службы **КОТИВ Б.Н.**

Заместитель начальника академии по клинической работе кандидат медицинских наук полковник медицинской службы **РЫЖМАН Н.Н.**

Главный хирург Министерства обороны Российской Федерации полковник медицинской службы **ЧУПРИНА А.П.**

Президент Стоматологической Ассоциации России доктор медицинских наук профессор **САДОВСКИЙ В.В.**

Главный стоматолог Министерства обороны Российской Федерации Заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова Заслуженный врач Российской Федерации доктор медицинских наук профессор **ГРЕБНЕВ Г.А.**

Начальник кафедры терапевтической стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова Заслуженный врач Российской Федерации кандидат медицинских наук полковник медицинской службы **НИКИТЕНКО В.В.**

Профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова доктор медицинских наук профессор **ИОРДАНИШВИЛИ А.К.**

Заместитель начальника кафедры терапевтической стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова кандидат медицинских наук полковник медицинской службы **ЖЕЛЕЗНЯК В.А.**

Ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова кандидат медицинских наук **ГУК В.А.**

ООО « КОМ-ФОРУМ» – техническая поддержка

Материалы участников конференции представлены в сборнике в авторской редакции.

© ВМедА, 2017

Гребнев Г.А., Иорданишвили А.К., Чепик Г.С., Железняк В.А, Багненко А.С.

ВКЛАД ПРОФЕССОРА М.А. СЛЕПЧЕНКО В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ (К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Известный ученый и клиницист доктор медицинских наук профессор полковник медицинской службы Михаил Александрович Слепченко начальник кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова – Главный стоматолог Вооруженных Сил СССР внес большой вклад в совершенствование системы этапного лечения раненых и оказание стоматологической помощи военнослужащим в мирное и военное время.

Профессор Михаил Александрович Слепченко родился 30 октября 1937 года в селе Никитовка Белгородской области в крестьянской семье. Его отец был участником Великой Отечественной войны.

Мать Михаила Александровича была сельской повитухой, что в дальнейшем, возможно, сыграло решающую роль в выборе профессии, и он после окончания средней школы поступил в Харьковский государственный медицинский стоматологический институт, который окончил в 1961 году.

После призыва в Вооружённые Силы СССР М.А. Слепченко начал свою службу в 30-й гвардейской мотострелковой дивизии Прибалтийского военного округа на должности начальника зубоврачебного кабинета полка.

В 1965 году М.А. Слепченко поступил на факультет руководящего медицинского состава Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, который окончил в 1967 году и был назначен на должность старшего ординатора клиники кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, а в 1969 году - на должность преподавателя этой же кафедры.

Начался путь в науке. Учитывая, что дефекты верхней челюсти и сопровождающие их деформации других отделов лица относятся к числу наиболее тяжелых как в функциональном, так и в морфологическом отношении, а их устранение представляет одну из трудных и нерешенных задач челюстно-лицевой хирургии, начальник кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии заслуженный деятель науки РСФР профессор Б.Д. Кабаков принял решение и поручил М.А. Слепченко выполнение научно-исследовательской работы на тему: «Ортопедические методы возмещения дефектов верхней челюсти после ее резекции», а в 1971 году М.А. Слепченко защитил на эту же тему кандидатскую диссертацию. В ней дано детальное описание клинической картины приобретённых дефектов верхней челюсти, разработана клиническая классификация дефектов верхней челюсти, возникших после её резекции, проведён анализ методов ортопедического лечения больных с дефектами верхней челюсти, а также определены показания к выбору наиболее целесообразных конструкций ортопедических аппаратов и разработана новая методика изготовления обтурационного зубочелюстного протеза, обеспечивающего надежное разобщение полости рта от воз-

духоносных путей. В диссертации подчеркивалось, что самые благоприятные для пострезекционного протезирования условия наблюдаются у тех больных, которым правильно и своевременно было осуществлено непосредственное протезирование за счет формирования полноценного протезного ложа. В качестве непосредственного протеза М.А. Слепченко чаще использовал защитную нёбную пластинку, в том числе с внеротовыми стержнями, а также «старые» съёмные зубные протезы и протезы обтураторы, реже – защитную нёбную пластинку с окклюзионной поверхностью или аппликатором. В диссертации отмечено, что наилучший эстетический эффект при сложном протезировании достигался в случаях частичных дефектов верхней челюсти либо при дефектах, возникших после типичной резекции верхней челюсти. Удовлетворительные результаты, полученные М.А. Слепченко при сложном протезировании таких больных, были положены в основу при написании им главы «Ортопедические мероприятия при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области» в монографии «Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области».

В 1980 году ему было присвоено воинское звание «полковник медицинской службы», в 1982 году - ученое звание «доцент». В 1985 году М.А. Слепченко защитил докторскую диссертацию на спецтему, в 1986 году ему было присвоено ученое звание «профессор».

В 1988 году полковник М.А. Слепченко был избран на должность начальника кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова – главного стоматолога Министерства обороны СССР, которой руководил до 1990 года.

В этот период профессор М.А. Слепченко активно руководил научной и методической работой кафедрального коллектива. Приоритетными направлениями его работы становятся ортопедические методы реабилитации больных с приобретёнными дефектами и деформациями органов и тканей жевательного аппарата, вопросы совершенствования оказания всех видов стоматологической помощи личному составу Вооружённых Сил СССР во время боевых действий и в мирное время, диагностика и лечение военнослужащих с травмами и одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области лица, а также учебно-методическая подготовка профессорско-преподавательского состава руководимой им кафедры.

Под его научным руководством были выполнены две диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (М.М. Маркарян, 1989; Г.А. Гребнев, 1989).

Научное наследие профессора М.А. Слепченко составили следующие труды: глава «Ортопедические мероприятия при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области» в монографии Б.Д. Кабакова, И.И.Ермолаева, Ю.И. Воробъёва и Н.М. Александрова «Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области» (1978); две главы «Основы зубопротезирования и ортодонтии» и «Организация и объём помощи раненым в лицо на этапах медицинской эвакуации» в учебнике «Военная стоматология» под редакцией профессор Н.М. Александрова(1987). При его участии был выпущен учебный диафильм «Организация ортопедической стоматологической помощи в боевой обстановке» (1985), методические указания начальника Главного Военно-медицинского управления МО СССР «Организация работы стоматолога воинской части (корабля) и подвижного стоматологического кабинета» (1988). Он являлся ответственным редактором двух сборников научных трудов и автором более 100 научных работ.

М.А. Слепченко был одним из авторов гипотезы антиоксидантной недостаточности при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, которая в последующем подтвердилась и приблизила врачей к пониманию нарушений механизмов гомеостаза на молекулярном уровне при указанной патологии.

В профилактике одонтогенных медиастинитов имеет прикладное значение разработанный при участии М.А. Слепченко способ обзорной рентгенографии шеи мягкими лучами в прямой и боковой проекциях при подозрении на распространение гнойно-воспалительного процесса у больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области на клетчатку сосудисто-нервного пучка шеи (М.А. Слепченко, Т.Д. Гордеева, 1985).

При распространении гнойно-воспалительного процесса в клетчатку шеи на рентгенограммах теряется четкая дифференциация мягких тканей, тень которых уплотняется и увеличивается в объеме. На фоне измененных мягких тканей появляются признаки наличия «воздуха» либо в виде пузырьков, либо в виде «продольных полос» различной длины и ширины, располагающихся параллельно позвоночнику (соответственно ходу сосудисто-нервного пучка). При анализе рентгенограмм в таких ситуациях необходимо обращать внимание на топику воздухоносных путей, которые могут быть смещены в ту или другую сторону в зависимости от локализации воспалительного процесса. Оперативные вмешательства, выполненные этим больным с целью вскрытия клетчатки сосудисто-нервного пучка шеи, выявляли наличие в ней признаков гнойно-воспалительного процесса.

В научной литературе остались симптомы, описанные профессором М.А. Слепченко и его учеником Г.А. Гребневым – симптом Слепченко-Гребнева (1989), который проявляется в невозможности больным сомкнуть зубные ряды верхней и нижней челюсти в положении центральной окклюзии. Кроме того, наряду с известным ограничением открывания рта у больных с одонтогенными флегмонами подвисочной ямки отмечается и нарушение функции движения нижней челюсти: больные не могут выдвинуть нижнюю челюсть вперёд.

Приведённые авторами симптомы встречались у больных с локализацией очага воспаления в верхней части подвисочной ямки, где её условная граница переходит в глубокое клетчаточное пространство височной области. Точное расположение гнойно-воспалительного процесса, по мнению авторов, находится в височно-крыловидном пространстве, то есть между латеральной крыловидной мышцей и нижним отделом височной мышцы, при сокращении которой нижняя челюсти поднимается вверх. Вовлечение в гнойно-воспалительный процесс указанных мышечных образований, к которым непосредственно прилежит ветвь нижней челюсти, обусловливает резкую болезненность при попытке сомкнуть зубные ряды или выдвинуть по просьбе врача нижнюю челюсть вперёд.

По инициативе профессора М.А. Слепченко, поддержанной командованием академии, и под его непосредственным руководством состоялся переезд кафедры и клиники (1988–1989) из 26 городской клинической больницы (ул. Костюшко) на академическую базу – в 49 военный городок (Набережная реки Фонтанки, 106). Он потратил много сил на оборудование, ремонт и оснащение помещений клиники, ни чем, не гнушаясь, лично выполнял «черновую» работу.

М.А. Слепченко представлял военную стоматологию в правлении Научного медицинского общества стоматологов Ленинграда и Ленинградской области, был членом секции пластической хирургии Хирургического общества им. Н.И. Пирогова.

Его служба в Вооружённых Силах СССР завершилась в 1990 году.

Михаил Александрович Слепченко скоропостижно скончался на 55 году жизни 19 января 1992 года. Он был похоронен на Пундоловском кладбище вблизи посёлка Янино и деревни Суоранда (Всеволожский район, Ленинградской области).

Товарищи по службе, ученики и коллеги помнят его как требовательного руководителя, высококлассного врача и хирурга, требовательного педагога и большого учёного. Светлая память о нем останется в сердцах его учеников, коллег, сослуживцев, всех кто его любил, уважал и ценил.

Абрамян Ш.М., Рожнова Е.В.,
Иванченко О.Б., Блохин С.Н., Морозов С.Г.

РОЛЬ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ЛИФТИНГА ЛИЦА

Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии, Москва
Клиника пластической хирургии и косметологии проф. Блохина и Вульфа, Москва
Первый Московский государственный университет имени И.М.Сеченова, Москва
Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого,
Высшая школа биотехнологии и пищевых технологий, Санкт-Петербург

Перед проведением пластических операций на лице обычно проводят санацию ротовой полости, тем не менее, одонтогенная инфекция является одной из основных причин развития послеоперационных осложнений. Бактериальные биопленки на зубах – это источник бактерий, вызывающих воспаление, а иногда некроз тканей лица в области операционного шва. ЦЕЛЬ работы: изучение бактериального состава смывов из дёсен и десенных бороздок зубов, а также локального и системного иммунного статуса пациентов перед операцией лифтинга лица. ПАЦИЕНТЫ. В исследовании принимали участие пациенты (n=46), которым проведена пластическая операция по коррекции контуров лица (лифтинг). Всем сделана предоперационная стоматологическая диагностика. Все пациенты подписывали информированное согласие, утвержденное НИИОПП и верифицированное всеми сторонами, участвующими в исследовании. Работа проведена согласно протоколу, утвержденному НИИОПП. МЕТОДЫ. Смывы из дёсен и десенных бороздок, полученные механически стоматологическими брашиками, переносили в стерильные эпендорфы с физиологическим раствором. Бактерии анализировали методом мультиплексного анализа с антителами, конъюгированными с магнитными шариками определенного диаметра. Клетки иммунной системы, полученные из десенных бороздок зубов, анализировали на проточном цитометре с моноклональными антителами к специфическим рецепторам. Данные статистически обрабатывали по программе ANOVA, результаты представлены как M±m. РЕЗУЛЬТАТЫ. Несмотря на то, что перед проведением пластической операции всем пациентам был санирован кариес, в десенных бороздках зубов всех пациентов было выявлено значительное количество бактерий разных видов, как Грамм–положительных, так и Грамм–отрицательных, а также анаэробы разных видов. При хроническом пульпите в большинстве случаев преобладали анаэробы. Среди выявленных бактерий показано наличие патогенной микрофлоры, формирующей биопленки. Бактериальной контаминации десенных бороздок зубов сопутствовали многочисленные нарушения в локальном иммунитете десен и ротовой полости, связанные с изменением численности лимфоцитов, нейтрофилов, моноцитов, а также с изменением экспрессии поверхностных рецепторов клеток, в том числе рецепторов хемокинов и молекул адгезии. При анализе послеоперационных осложнений у пациентов с лифтингом лица обнаружено, что наличие одонтогенной инфекции положительно коррелирует с развитием таких осложнений, как воспаление, частичные некрозы операционного шва, удлинение сроков заживления операционной раны. Сопутствующие нарушения локальной иммунной системы усиливали указанные осложнения.

ВЫВОДЫ. Одонтогенная инфекция является основной причиной развития осложнений после пластических операций по коррекции контуров лица, которые связаны с инфицированием, частичным некрозом операционного шва и удлинением сроков заживления операционной раны. Для предотвращения этих осложнений требуется полная санация ротовой полости перед проведением лифтинга лица.

Азизов М.Н., Демидова Е.Н., Васильев В.И.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА Г. ВЕЛИКОГО НОВГОРОДА

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород

Актуальность исследования вызвана необходимостью знания состояния стоматологического здоровья будущих военнослужащих, для определения объема и совершенствования методов профилактики в военной стоматологии. Одним из важнейших критериев состояния органов полости рта является уровень гигиены полости рта (ГПР).

Цель исследования состояла в изучении гигиенического состояния полости рта у юношей призывного возраста и стоматологического статуса.

Материал и методы исследования. С целью оценки информированности школьников по вопросам ГПР проведено анкетирование 50 юношей призывного возраста школы № 23. Была разрабо-

тана анкета и создана упрощенная медицинская карта для записи данных визуального осмотра. Провели информирование родителей о методах и средствах гигиены полости рта. Преподаватели биологии, в каждое занятие выделяли по 2-3 минуты на обсуждение вопросов по профилактике кариеса и его осложнений. Произведен подсчет КПУ у каждого из юношей. Проведена оценка гигиенического состояния полости рта с использованием индекса эффективности гигиены (Podshadley, Haley, 1968). Для окрашивания зубных отложений использовался раствор Люголя в модификации Писарева. Визульных и клинических симптомов заболеваний слизистых оболочек полости рта и пародонта не было.

Результаты исследования. Прикус у 12% (6 человек) был ортогнатический, у 4% (2 человек) дистальный, зубоальвеолярные нарушения были выявлены у 88% (44 человек). КПУ сред.=6,1- (очень высокий уровень интенсивности по данным ВОЗ). При изучении гигиенического состояния полости рта у юношей по показателю индексу PHP (Podshadley, Haby,1968) дали следующие результаты эффективности гигиены полости рта: отличный – 0,хороший – 0,удовлетворительный – 6%; неудовлетворительный – 94%.

Выводы. Результаты оценки гигиенических индексов свидетельствуют о неудовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта обследуемых лиц подлежащим призыву, об очень высоком уровне интенсивности кариеса в данной возрастной группе. О наличии патологических форм прикуса, в снове которых лежит скученность зубов, которая так же усугубляет гигиеническое состояния полости рта, так и весь стоматологический статус призывников. Конечно, нужно принять во внимание, что это юноши подросткового возраста: как известно, в этот сложный период развития дети меньше уделяют внимания ГПР, но и надо помнить о обязанностях родителей, поддерживать здоровье своего ребенка и быть заинтересованными в том, что у него происходит во рту, и как он ухаживает за своими зубами.

Азизов М.Н., Лукавецкий А.А., Иванов А.С.

ЦИФРОВАЯ ОЦЕНКА ЦВЕТА ШКАЛ РАСЦВЕТОК ЗУБОВ

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность исследования вызвана многими факторами затрудняющими при определении цвета зуба. Эта освещенность рабочего места врача-стоматолога, отсутствие данных о сроках годности цветовых шкал расцветок зубов, цвета слизистой оболочки полости рта. Существенным фактором в определении цвета как самого зуба так и шкалы расцветок зубов являются особенности цветовосприятия у врача, пациента и зубного техника.

Цель исследования заключалась в выяснении соответствия известных цветовых расцветок зубов между собой с помощью цифрового колориметра VITA Easyshade.

Материал и методы исследования. Вначале разработали протокол исследования, который включал определение общей освещенности и освещенности рабочего места стоматолога с помощью аппарата люксометра. Оценка восприятия цвета экспериментаторов проводилась с помощью таблиц Рабкина. Проводили сравнение популярных у стоматологов шкал расцветок зубов: VITA Luimn VACUUM, VITA SYSTE 3D-MASTER, IVOCRYL, SPOFADENT. В протокол вносили все изменения последовательности цветов шкал расцветок. Для исключения ошибок в сравнении цветовых шкал зубов использовали цифровой колориметр VITA Easyshade. Определение каждого цвета проводили трижды и высчитывали среднее значение.

Результаты исследования. Освещенность стоматологического кабинета в среднем составляла 350-450 лк., а освещенность рабочего места врача-стоматолога была аналогичной. Вначале провели сравнение между цветовыми шкалами, и оказалось, что их цвета не всегда совпадают. Отсутствие идентичности потребовало сравнения цветовых шкал зубов с помощью цифрового колориметра VITA Easyshade. Данные цвета зубов колориметра VITA Easyshade и шкалы зубов SPOFA-

DENT полностью не совпадали и смещены были в светлую сторону, что должно соответствовать цвету зуба А-1, В-1, С-1, Д-2. К сожалению, не совпадали цвета и цветовых расцветок шкал зубов фирмы VITA Luimn VACUUM, VITA SYSTE 3D-MASTER. Полученные данные также были смещены в сторону светлоты как и при оценке расцветок цвета зубов IVOCRYL, SPOFADENT.

Выводы. Проведенное исследование сравнения точности определения и идентичности цвета шкал расцветок зубов, показало вариабельность их данных несмотря на одинаковые гигиенические условия стоматологического кабинета. Обосновало трудности в работе врачей-стоматологов при выборе цвета реставрационного материала, пластмассы или керамики. Использование для определения цвета зуба цифрового колориметра позволяет точнее определять и подбирать цвет реставрационного материала или керамики, исключает возможную ошибку срока годности данной расцветки зубов или ее загрязненности входе работы врачом стоматологом.

Алеева М. М., Уракова Е. В.

ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ БИСФОСФОНАТНЫХ ОСТЕОНЕКРОЗОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

Казанская государственная медицинская академия, Казань

Введение. В настоящее время врачи-стоматологи и челюстно-лицевые хирурги по всему миру все чаще сталкиваются с проблемой остеонекрозов челюстей, вызванных применением бисфосфонатных препаратов. Это связано с тем, что этот вид лекарственных препаратов применяется для лечения многих заболеваний, таких как множественная миелома, костные метастазы при раке молочной железы и простаты, гиперкальциемия, болезнь Педжета, остеопороз.

Цель и задачи исследования. Целью исследования было выявить патогномоничные признаки бисфосфонатных остеонекрозов челюстей (БОНЧ), определить при каких условиях можно поставить диагноз БОНЧ.

Материалы и методы. Нами было обследовано 17 пациентов с бисфосфонатными остеонекрозами челюстей. Данным пациентам проведены осмотр, диагностические мероприятия в виде рентгенологических и лабораторных исследований.

Основные результаты. В период с середины 2016 по 2017 гг. на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ГАУЗ РКБ МЗ РТ (г. Казань) находились 17 человек, в возрасте от 53 до 68 лет (6 мужчин и 11 женщин). У всех пациентов в анамнезе выявлен прием бисфосфонатных препаратов более 2 лет, лекарственное средство принималось при лечении рака молочной железы, рака предстательной железы и множественной миеломы.

При сборе анамнеза выявлено, что все пациенты получали терапию бисфосфонатами в виде внутривенных ежемесячных инъекций, и у каждого из пациентов во время или после окончания химиотерапии были проведены различные стоматологические манипуляции в полости рта (кюретаж пародонтальных карманов, удаление зубов, изготовление ортопедических несъемных и съемных конструкций).

Типичному началу остеонекроза предшествовало образование дефекта слизистой альвеолярного отростка, оголение костной ткани в области проведенной манипуляции, которое со временем увеличивалось. Костный дефект не закрывался самостоятельно слизистой оболочкой, появлялась узурация костной ткани, а также гнилостный запах в области оголенной кости.

По данным рентгенологических исследований у 82,3% пациентов (14 человек) с остеонекрозом, которые наблюдались в этот период в ГАУЗ РКБ МЗ РТ, определялись сформированные секвестры в челюстных костях. Таким пациентам проводилась некросеквестрэктомия с последующим формированием и ушиванием слизистого лоскута.

У 17,7% пациентов (3 человека) хронический воспалительный процесс протекал без четкой демаркации патологического очага, что, соответственно, затрудняло проведение хирургической манипуляции.

И тем, и другим пациентам (17 человек) проводилась консервативная терапия в виде антибактериальной, противовоспалительной терапии, вводились сосудистые препараты, а также проводились ежедневные перевязки.

Заключение. На основании проанализированного, можно считать, что диагноз бисфосфонатный остеонекроз челюстей основывается на наличии трех нижеследующих клинических факторах: текущее или предшествующее лечение бисфосфонатами; оголенная, некротизированная костная ткань в челюстно-лицевой области, которая сохраняется более 8 недель; в анамнезе отсутствует рентгенотерапия и лучевая терапия.

Арутюнян С.Э., Афанасьев В.В., Дубов Д.В., Гитихмаев Ю.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лечебно-реабилитационный клинический центр Министерства обороны Российской Федерации, Москва

Введение. Слюннокаменная болезнь (СКБ) наиболее часто встречается среди заболеваний слюнных желёз, на её долю приходится от 35 до 70 %. Поражение околоушной слюнной железы (ОУСЖ) камнем относительно редко (5 %), однако извлечение конкремента из нее является трудной задачей для хирурга-стоматолога и челюстно-лицевого хирурга. На данный момент описано несколько методик удаления конкремента из ОУСЖ.

Цель и задачи исследования. Цель исследования – повысить эффективность результатов хирургического лечения пациентов со слюннокаменной болезнью околоушных слюнных желез. Для ее достижения мы поставили следующие задачи: провести комплексное клинико-рентгенологическое обследование пациентов с СКБ ОУСЖ, усовершенствовать ранее известные хирургические методы лечения больных с данной патологией, определить показания к проведению того или иного метода оперативного лечения.

Материалы и методы. Нами были обследованы и прооперированы 15 пациентов (7 мужчин и 8 женщин) с СКБ ОУСЖ. В результате комплексного обследования были диагностированы слюнные камни различной локализации в протоке ОУСЖ: в переднем отделе протока – 6, в среднем – 4, в заднем – 5.

Основные результаты. При выборе метода оперативного лечения у больных с СКБ учитывались следующие факторы:

1. Степень выраженности деформаций протоковой системы ОУСЖ. Наличие значительных изменений протоковой системы мы считали показанием к применению наружного доступа при хирургическом лечении. При этом в случае равномерного расширения протока проводилось его пластическое восстановление с целью уменьшения диаметра – операция была выполнена у 2 пациентов. При значительных изменениях протока (наличие множества стриктур, эктазий) после удаления конкремента производили погашение секреторной функции железы (4 операции).

2. Локализация конкремента и его подвижность. При локализации конкремента в переднем отделе протока и его расположении возле устья предпочтение отдавалось внутриротовому подходу (2 операции выполнены из линейного разреза и 2 две из полуовального, окаймляющий сосочек). При наличии подвижного конкремента, уходящего из переднего отдела протока вплоть до внутрижелезистой его части, операцию удаления камня выполняли наружным доступом (2 операции).

При расположении камня в средней части протока его удаление проводилось как из полости рта при наличии его подвижности (1 операция), так и наружным разрезом (3 операции).

При наличии неподвижного камня в среднем отделе протока в одном случае его удаление проводилось из линейного разреза в щечной области.

Наличие конкрементов в задней части протока мы считали показанием к удалению их наружным доступом (5 операции).

Заключение. При наличии подозрения о СКБ ОУСЖ должна проводиться качественная всесторонняя диагностика с целью определения не только наличия или отсутствия конкремента, но и его локализации, возможной подвижности. Не меньшее значение имеет определение структуры протоковой системы железы и степени ее изменения.

Только на основании всех этих данных возможно выбрать адекватный оперативный доступ и метод хирургического лечения

Асфендиаров Д.Д.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПУЛЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ И КОСТНЫХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность исследования огнестрельных повреждений челюстно-лицевой сохраняется в связи с регулярной разработкой и выпуском новых образцов стрелкового оружия, изменением их характеристик, и, как следствие, особенностей ранений от их боеприпасов. Проведено экспериментальное исследование особенностей огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области, объектами которого явились небиологические имитаторы мягких тканей (желатиновые и мыльные блоки), костно-мышечные препараты челюстно-лицевой области и животные (свиньи). Огнестрельные повреждения формировали с расстояния 5 метров из нового пистолета ГШ-18 (Грязева-Шипунова) 9,0 мм с полуоболочечной пулей и начальной скоростью 600м/с и обычного пистолета ПМ 9,0 мм с начальной скоростью пули 300м/с. В резуль-

тате изменения конструкции и баллистических характеристик повреждающее действие нового боеприпаса заметно возросло, что проявилось на небиологических имитаторах мягких тканей в увеличении объема временной пульсирующей полости в 3,84 раза и остаточной полости в 5,77 раз, увеличением входного отверстия в 1,73-1,74 раза и выходного в 2,44-2,58 раз. Повреждения мягких тканей, нанесенные новым боеприпасом на костно-мышечных препаратах челюстно-лицевой области, отличаются большим размером входного отверстия в 1,17 – 2,25 раза и выходного в 3,31 – 3,57 раз по сравнению с обычным боеприпасом, а также их разнообразной формой. Повреждения костей лицевого скелета характеризуются увеличением дефекта кости (в пределах 4-6 зубов), количества мелких осколков, появлением крупных трещин, большого количества вторичных ранящих снарядов из-за возможности демонтажа пули ГШ-18 и высокой контактной скорости. Повреждения мягких тканей животных, нанесенные из ГШ-18 характеризуются увеличением размера входной раны в 1,7-1,9 раза, выходной – 1,8-2,0 раза, большим в 1,32-1,42 раза размером гематом вокруг них, морфологически выявленным расширением зоны первичного некроза и образованием обширной зоны “бокового удара” с участками массивных кровоизлияний, разрушенными кровеносными сосудами. При повреждении верхней челюсти размер дефекта кости в области входной раны больше в 1,36-1,4 раза, в области выходной в 1,39-1,43 раза. Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что современные повреждения преимущественно сочетанные из–за высокой кинетической энергии боеприпасов, вероятного демонтажа пули, большого количества вторичных ранящих снарядов. Поэтому при обследовании раненых из стрелкового оружия обязательно комплексное клиническое и рентгенологическое исследование области головы и шеи (КТ). Очевидно, что объем первичной хирургической обработки таких ран расширится по причине увеличения размеров входных и выходных повреждений, образования дополнительных раневых каналов и выраженной зоны первичного некроза. Увеличение частоты образования дефектов мягких и костных тканей потребует долгосрочной госпитализации и проведения различных видов пластики, что значительно увеличит сроки медико-социальной реабилитации челюстно-лицевых раненых.

Асфендиаров Д.Д., Ветеркова Я.К., Иванов С.В.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург
ООО Лечебно-диагностический центр МЕДА, Санкт-Петербург

Актуальность изучения различных аспектов диагностики и лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов обусловлена тем, что еще достаточно большое количество людей не придают значения своевременной санации полости рта, что ведет к возникновению очагов хронической одонтогенной инфекции, развитию воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, в том числе одонтогенного синусита. В результате распространения патологического процесса из периапикального очага (периодонтиты, периоститы, остеомиелиты, радикулярные кисты) и возникает одонтогенный верхнечелюстной синусит. Также причиной одонтогенного синусита бывает сообщение с полостью рта на месте удаленного зуба, премоляра или моляра верхней челюсти, либо инородное тело в гайморовой пазухе - корень зуба или пломбировочный материал. Соответственно при этом заболевании процесс преимущественно односторонний. Риногенный синусит в основном диффузный, захватывает обе верхнечелюстные пазухи и, нередко, другие придаточные пазухи. Частота встречаемости одонтогенного верхнечелюстного синусита в среднем составляет 35-43% среди всех синуситов, и 4.3% из всех воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Как показывает практика, большое количество пациентов с одонтогенными синуситами длительное время лечатся у ЛОР-врачей, суть лечение сводиться к купированию обострения. Также нередки клинические случаи, когда пациенты были прооперированы в ЛОР-клинике по поводу хронического синусита, при этом приходили с рецидивами, из-за оставленных очагов одонтогенной инфекции. К стоматологу-хирургу или к челюстно-лицевого хирургу пациентов с верхнечелюстными синуситами оториноларингологи, к сожалению, направляют на консультацию нечасто. Коллективом автором было проведено клиническое наблюдение за 31 пациентом, которые были обследованы врачом оториноларингологом и направлены на 3ДКТ, с последующей консультацией челюстно-лицевого хирурга. У 27 пациентов было подтверждено наличие синусита одонтогенного генеза. Все

пациенты были прооперированы, одонтогенные источники инфекции устранены, синуситы вылечены. Часть операций были проведены совместно оториноларингологом и челюстно-лицевым хирургом, что позволило комплексно выполнить хирургическую санацию полости рта и пазух, и в течение одной госпитализации в процессе одной операции под общей или сочетанной анестезии, что позитивно оценивается пациентами. С другой стороны, челюстно-лицевыми хирургами после самостоятельного хирургического лечения данного заболевания, рекомендовано направлять таких пациентов к ЛОР-врачу для дальнейшей реабилитации с сохранением принципа обратной связи. Таким образом, очевидна необходимость взаимодействия смежных специалистов, таких как челюстно-лицевой хирург и оториноларинголог для своевременной диагностики и эффективного лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, а также сокращения сроков реабилитации пациентов, профилактики рецидивов.

Асфендиаров Д.Д., Ветеркова Я.К., Бисярин М.И.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н.Петрова, Санкт-Петербург

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (далее ЧЛО), такие как флегмоны и аденофлегмоны, абсцессы, острые лимфадениты, являются частой и опасной для здоровья и жизни человека патологией. На этапе диагностики вышеуказанной патологии один из ключевых вопросов это определение стадии воспалительного процесса, а также топическая диагностика для планирования хирургического лечения. Объективное исследование, рентгенография, не всегда позволяют решить точно эти задачи, а пункция очага воспаления методика уже инвазивная. Использование ультразвукового метода диагностики (УЗИ) имеет следующие преимущества: возможность визуализации внутренних структур, локализации процесса и дифференциации жидкостного содержимого при его наличии, неинвазивность и доступность метода. Целью проведенного исследования явилось обоснование информативности УЗИ гнойно-воспалительных заболеваний при диагностике их стадии и локализации. Проведено оценочное исследование с использованием ультразвукового аппарата с конвексным датчиком 7.5 МГц. Выполнено УЗИ 16-ти пациентам с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО: 5 с абсцессами и гнойными лимфаденитами, 5 с флегмонами и аденофлегмонами, 7 с острым серозным лимфаденитом. Порядок исследования был следующим: объективное исследование больного, рентгенография, лабораторное исследование с постановкой предварительного диагноза, УЗИ, решение вопроса об оперативном вмешательстве и его объеме либо консервативной терапии, оперативное вмешательство (при наличии соответствующих показаний), сопоставление и анализ послеоперационного диагноза и определившегося исхода с результатами предварительной диагностики и УЗИ. В результате исследования было определено, что во всех случаях УЗИ позволило верифицировать диагнозы, которые совпали с окончательными. Все больные с установленным наличием жидкого гноя прооперированы со знанием локализации процесса, при серозном лимфадените удалось избежать гипердиагностики и хирургического вмешательства. При УЗИ абсцессы ЧЛО визуализируются на УЗ-томограмме как округлые/овальные образования с четкими контурами и с эхосвободной структурой (на снимке черного цвета), характерной для жидкого содержимого (гной). При флегмонах ЧЛО визуализируется увеличение объема мягких тканей, эхосвободные зоны различной протяженности. Острый серозный лимфаденит определяется как увеличенный в размерах лимфатический узел с разнородной внутренней структурой. При переходе в гнойную стадию визуализируется анэхогенное изображение лимфатического узла, картина похожа на абсцесс. Однако не следует забывать, что УЗИ следует анализировать челюстно-лицевому хирургу только вкупе с объективными и анамнестическими данными. Для сравнения 6-ти больным проведена мультиспиральная компьютерная томография (КТ) ЧЛО, с помощью которого также удалось верифицировать диагнозы, в связи с изменением плотности пораженных мягких тканей. Однако, это более дорогостоящий метод. В результате исследования можно сделать вывод, что УЗИ является информативным, удобным и доступным дополнительным методом исследования при диагностике стадии и локализации воспалительных процессов ЧЛО.

Байриков И.М., Столяренко П.Ю., Самыкин А.С., Зельтер П.М.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ ИЗ ПНЕВМАТИЧЕСКОГО ПИСТОЛЕТА

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. За последнее десятилетие увеличилось количество травм от применения не боевого оружия. В свободной продаже стало появляться множество новых видов ручного пневматического оружия (ПО). Помимо несчастных случаев с использованием такого оружия, участилось его применение в криминальных целях. Ранения пулями, выпущенными из ПО, приводят к вреду здоровью различной тяжести, и даже к летальному исходу (Бухарина Е. С., Дроздова Е. А., 2011; Дебой Н. И., Силаев Н. В., 2011; Abad S. et al., 2011). Диагностика и лечение ранений, причиняемых выстрелами из ПО, изучены недостаточно.

Цель работы: на основе литературных данных и собственных клинических наблюдений ознакомить врачей с особенностями диагностики и лечения ранений челюстно-лицевой области и шеи ПО, обсудить степень безопасности травм, причиняемых из пневматического пистолета пулями типа «Шарик» (ВВ).

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением с декабря 2015 г. находилось 5 больных в возрасте 19 и 39 лет. У всех больных выполнено клиническое исследование челюстно-лицевой области и шеи, лучевые методы исследования орбит и черепа: рентгенография, УЗИ, компьютерную томографию (КТ), фоторегистрация. Все пациенты консультированы нейрохирургом, офтальмологом, оториноларингологом. Повреждающие факторы выстрела из ПО в отличие от огнестрельного, ограничивались механическим воздействием на повреждаемый объект (компактное действие сжатого газа, пуля). Морфологические признаки повреждений тканей: наличие дефекта круглой или щелевидной формы, пояска обтирания, слепого раневого канала, за редким исключением – сквозного, втянутость краев входного отверстия, отслойка кожи по краям раны, отложение в окружности раны ружейной смазки, возникновение быстро проходящей подкожной эмфиземы и переломов плоских костей. Так как экспертизы повреждений из ПО это в большинстве случаев экспертизы живых лиц, необходим тщательный сбор анамнеза. Для диагностики инородного тела в верхнечелюстном синусе применяли мультиспиральную КТ костей лицевого скелета и околоносовых пазух на компьютерном томографе TOSHIBA Aquilion 32. Эффективная лучевая нагрузка составляла 2,43 мЗв. Исследование проводили в аксиальной плоскости с толщиной среза 3 мм, с последующими мультипланарными и трехмерными реконструкциями. При рентгенографии определено инородное тело металлической плотности округлой формы, 0,3–0,4 см в диаметре. Методом КТ визуализирована пуля в мягких тканях ЧЛО (4 случая) и в верхнечелюстном синусе (1). В передней стенке правой верхнечелюстного синуса определялся костный дефект размером 5 мм. Перелома костных структур лицевых костей не было. Удаление инородных тел проводили под эндотрахеальным наркозом и сочетанной анестезией.

Заключение. Как для клиницистов, так и для судебных медиков, при таких ранениях является обязательным применение рентгенологического исследования (рентгенография в двух проекциях или ортопантомография, КТ). Лучевые методы позволяют определить не только положение, но и форму, размер и даже вид ранящего снаряда. Пневматический пистолет не следует считать безобидным и безопасным оружием. Факты нанесения тяжкого вреда здоровью свидетельствуют об обратном. В связи с тем, что ПО нередко применяется для воздействия на человека с целью нападения или самозащиты и не отвечает требованиям безопасности, мы считаем, что применение ПО должно регулироваться теми же законами, которые применяются к огнестрельному оружию.

Байриков И.М., Столяренко П.Ю., Столяренко И.П.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ (ОТ ИСТОКОВ ДО ОКОНЧАНИЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ)

Самарский государственный медицинский университет, Самара

История развития челюстно-лицевой травматологии (ЧЛТ) начинается с дохристианской эпохи. Повязки начали применять ещё в каменном веке. Чтобы остановить кровотечение и прикрыть полученную на охоте или в сражении рану, человек использовал всё, что ему казалось полезным (траву, древесную кору, щепотку песка и пр.).

Первое описание переломов нижней челюсти относится к XVI веку до нашей эры в «Папирусе Эдвина Смита». Широко признанный в качестве первого медицинского документа в истории человечества, так называемый хирургический па-

пирус, содержит описание нескольких пациентов с переломами костей черепа (Ralston B. L., 1976; Lipton J. S., 1982; Haase S., Pirsig W., Parsche F., 1991). Автором считают египетского архитектора и врача Имхотепу (Imhotep), который жил при дворе фараона Джосера между 2691-2621 до н.э.

Гиппократ описывает переломы нижней челюсти и даёт методику лечения их, в основном не отличающуюся от некоторых методов настоящего времени.

Вклад в развитие ЧЛТ внесли также Цельс, Гален, P. Aegina, Sushruta, Авиценна, W. Salicet, Амбруаз Паре, G. W. Hildanus, Guillaume, Lamer, Chopart, Desault, Buisson, Ellis, P. Fauchard, F. G. Ruethenick, Lohmann & Witzel, Houzelot, C. Martin, J. K. Rodgers, G. Buck, N. W. Kingsley, L. H. Hollaender, Kersting, F. Hauptmeyer, F. H. Hamilton, J. H. C. Weber, А. Бальзаминов, И. Г. Карпинский, J. B. Bean, A. R. Hohl, T. B. Gunning, G. Port, H. Hammond, K. Sauer, M. Hansmann, T. L. Gilmer, E. O. Мухин, И. Ф. Буш, А. А. Чаруковский, Н. И. Пирогов, H. Schroeder, A. Guerin, R. Le Fort, V. P. Blair, R. T. Oliver, R. H. Ivy, E. H. Angle, F. Ernst, V. H. Kazanjian, Н. В. Склифосовский, Ю. К. Шимановский, В. А. Оппель, Р. Р. Вреден, Ф. А. Звержховский, П. Ф. Федоров, Н. А. Новиков, С. Я. Чистович, П. П. Львов, Р. Р. Фальтин, К. П. Тарасов, С. С. Тигерштедт, В. Г. Цеге-фон- Мантейфель, Г.-З. И. Вильга, Д. Сабанеев и мн. др.

Первые официально зарегистрированные и опубликованные в печати сведения, касающиеся тех или иных разделов челюстно-лицевой хирургии в России, относятся к началу XIX века. Так, уже в 1806 г. Е. О. Мухин, заслуженно считающийся первым отечественным травматологом, В работе «Первые начала костоправной науки» он описал и внедрил в практику оригинальный метод закрепления отломков нижней челюсти при ее переломах. В 1808 г. свой способ (вариант пращевидной повязки) предложил И. Ф. Буш. Проблемы ЧЛТ, безусловно, продолжали интересовать отечественных хирургов из-за постоянной череды войн. Предпосылок для выделения ЧЛТ в самостоятельный раздел челюстно-лицевой хирургии в этот период еще не было. Однако без этого начального периода и без вклада выдающихся отечественных хирургов того времени возникновение и становление современной ЧЛТ в России произошло бы в гораздо более поздние сроки.

ЧЛТ в России стала бурно развиваться в годы Первой мировой войны благодаря прежде всего выступлениям прогрессивно настроенных ученых Имперской Военно-медицинской академии и университетов, энтузиазму военных хирургов и зубных врачей, деятельности общественных организаций, таких как Всероссийский союз городов, Земский союз, Российский Красный Крест, Всероссийское зубоврачебное общество, медико-хирургическое общество Н. И. Пирогова.

Байриков И.М., Фишер И.И., Самуткина М.Г.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ САМАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА)

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Среди всех пациентов стоматологических стационаров удельный вес больных с травмами челюстно-лицевой области (ЧЛО) составляет, по данным разных авторов, от 11-25% до 30–38% и не имеет тенденции к снижению.

С целью изучения эпидемиологической ситуации, нами проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Клиник Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ) с 2008 по 2016 г.

Анализ за 2008-2016 г.г. показал, что в указанный период за медицинской помощью обращались 2859 человек с переломами нижней челюсти. Большинство из них составили мужчины – 2337 человек, или 81,74% от общего числа госпитализированных. Меньшую часть, 18,26% обратившихся составили женщины (522 человек). При этом отмечается тенденция к динамическому изменению процентного соотношения в гендерных группах в пользу увеличения относительного количества женщин за счет соответствующего уменьшения количества мужчин.

Уровень социализации больных был следующий: 56,72% больных работоспособного возраста, обращавшихся за помощью в стационар по поводу перелома нижней челюсти, имели постоянное место работы или обучались в различных учебных заведениях. 38,72% больных не имели определенного рода деятельности.

В первые часы после получения травмы обращались за помощью 389 человек. В 1-3 сутки - 1210 человек. Количество обратившихся в стационар в срок от 4 до 7 суток составляло 591 человек. В сроки свыше 7 дней обращались 669 больных.

Было зафиксировано переломов нижней че-

люсти: в области подбородка – 1209; в области мыщелкового отростка – 1131; тела – 763; в центральном отделе - 135; в области ветви – 133, и в области венечного отростка – 23.

Консервативные методы лечения были применены в 1204 случаях (42,12%), хирургические методы лечения – 1655 случаях (57,88%).

Был проведен анализ плана реабилитации. Физиотерапия назначалась как после консервативного, так и после хирургического лечения. Проанализировано 2859 историй болезни и выявлено, что физиотерапия назначалась в 42% случаев (1201 человек). После консервативного лечения в 8% случаев назначалась физиотерапия УВЧ и магнитотерапия. После хирургического метода в 32% случаев назначалась криотерапия, УВЧ и магнитотерапия. Из методов физиотерапии применялось – УВЧ в 62% случаев (745 человек), магнитотерапия в 31% случаев (372 человека) и криотерапия в 7% случаев (84 человека).

Таким образом, анализ историй болезни за 2008-2016 г.г. подтверждает актуальность проблемы лечения больных с переломами нижней челюсти, учитывая большое количество пациентов, нуждающихся в этом лечении.

Байриков И.М., Фишер И.И.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. Переломы нижней челюсти являются наиболее распространенными среди всех переломов костей лицевого скелета, составляя от 77% до 95% по данным разных авторов (Мирсаева Ф.З., Изосимов А.А., 2010; Афанасьев В.В, 2010; Байриков И.М., 2011; Cutilli T..2013г).

Цели и задачи исследования. Анализ, разработка и клиническое обоснование реабилитационной программы для больных с переломами нижней челюсти.

Материалы и методы исследования. Нами было произведено обследование и лечение 117 больных в период с 2008 по 2016 год с переломами нижней челюсти в области угла, тела, подбородка и мыщелкового отростка. Отбор больных производили методом случайной выборки. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке.

В ходе выполнения работы были выделены две группы больных. В исследуемую группу вошли больные, при лечении которым была составлена программа реабилитации с использованием индивидуальных методик, во вторую (контрольную) группу - которым использовали стандартный набор методик без использования комплекса программы реабилитации.

Результаты. Все реабилитационные мероприятия были разделены на 4 группы:

Проведение неотложных мероприятий и подготовка больного к операции (проведение неотложных мероприятий - (иммобилизация отломков, для предупреждения вторичного смещения отломков, снятия болевого синдрома, предупреждения развития шока; диагностика функциональных нарушений - использование реографии, рентгенологии, термографии; осмотр специалистами - невролог, анестезиолог, психолог).

Период выбора метода лечения – лечение функциональным методом.

Послеоперационный период или период максимального использования сохраненных функций для восстановления нарушенных (устранение функциональных нарушений – физиотерапия, лечебная физкультура; проведение психоэмоциональной коррекции – психогимнастика, арттерапия).

Период перед выпиской или период полного восстановления (проведение функциональной диагностики - реография, рентгенология, термография; амбулаторный этап долечивания - физиотерапия в отсроченный период; при необходимости консультация психолога).

Заключение.

Проанализирована, разработана, клинически обоснована и внедрена программа реабилитации для больных с переломами нижней челюсти.

Полученные результаты дают возможность повысить эффективность лечения больных с переломами нижней челюсти.

Борисова Э.Г., Никитенко В.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЛОССОДИНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Глоссодиния (ГД) – хронически протекающее заболевание, характеризующееся мучительными жгучими болями и парестезиями в слизистой оболочке языка, губ, задней стенки глотки при отсутствии видимых местных изменений, снижающее трудоспособность, угнетающее психику и создающее депрессивное состояние пациента. У женщин заболевание наблюдается в 3 раза чаще, чем

у мужчин, встречается в возрасте 40-60 лет, т.е. наиболее трудоспособном периоде, что определяет социальную значимость проблемы [1,2,3]. Пациенты с ГД ходят порой по замкнутому кругу: от стоматолога к терапевту, от терапевта к неврологу или психиатру, вновь возвращаясь к стоматологу. Поэтому существует важная проблема разработки новых диагностических критериев данной категории пациентов.

Целью исследования явилось изучение эффективности функциональных методов диагностики глоссодинии в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов с диагнозом «Глоссодиния». Средний возраст пациентов составил 57,3 ± 5,8 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 1 до 7 лет (средняя длительность 3,9 ± 1,46 года). Клинико-функциональные методы исследований включали электрогустометрию (ЭГМ), определение дискриминационной чувствительности языка (эстезиометрия (ЭМ)), стереогноз (СГ) языка. Метод ЭГ основан на определении пороговых значений силы тока, вызывающей специфическое вкусовое ощущение кислого при раздражении вкусовых точек языка. ЭГМ проводили при помощи аппарата «Электроодонтометр ЭОМ-3». Среднее из 5 измерений принимали за величину порога. Снижением вкуса на участке языка с более высоким порогом считалась разница в порогах 20 мкА, а отсутствие вкусового ощущения при раздражении языка электрическим током силой 300 мкА считалось как выпадение вкуса. ЭМ - один из методов оценки состояния периферической нервной системы. Метод основан на измерении в единицах длины, так называемых, осязательных кругов Вебера – участков покровных тканей, включающих в себя рецепторные элементы**,** где два одновременных прикосновения воспринимаются как одно. СГ - исследование функционального состояния сенсорных образований полости рта, как обширной рефлексогенной зоны, дает возможность получить информацию, идущую от этих рецепторов в центральную нервную систему и, в значительной мере, характеризующую деятельность нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта, что представляет интерес при ГД. Пациенту на спинку языка помещали одну из семи фигурок набора, изготовленного по нашему заказу из легированной нержавеющей стали марки 1Х18Н9Т (шарик, пирамидка, кубик, квадратик, кружок, треугольник, овал). В течение 10 секунд пациент должен был определить по своим ощущениям, что это за фигурка. Учитывались положительные и отрицательные ответы пациентов с ГД по сравнению со здоровыми людьми.

Результаты и их обсуждение. При клинической функциональной диагностике стереогноза, эстезиометрии и электрогустометрии языка у пациентов с ХБПСЯ имели место отклонения со стороны функциональных показателей языка. У всех пациентов с ГД имеется достоверное ($p<0,05$) снижение показателей СГ, ЭМ и ЭГМ по сравнению со здоровыми лицами (не имеющими болей и парестезий в языке). У здоровых лиц СГ - 6,99±0,01(+) и 0,01±0,01(-) , ЭМ - 1,0 ± 0,1 мм (кончик языка), 10,0 ± 0,1 мм (спинка языка), ЭГМ - 20,5 ±0,82мкА. У пациентов с ГД соответственно, СГ - 4,53±0,15 (полож. ответов) и 2,47± 0,15 (отрицат. ответов), ЭМ - 2,3 ± 0,2 мм (кончик языка), 11,9± 0,2 мм мм (спинка языка), ЭГМ -.38,03±1,07мкА.

Проведя функциональные методы исследования, мы впервые обнаружили значительное снижение чувствительности в языке по периферическому типу. Но характер тяжести нарушения чувствительности полностью зависел от интенсивности болей и парестезий и достоверно отличался в группе обследуемых по сравнению с контрольной. Интересным был факт, что при более продолжительных сроках страдания сенсорные нарушения, отражая компенсаторную реакцию организма, уменьшаются.

Выводы. Показатели функциональных методов обследования (СГ, ЭМ, ЭГМ) достоверно коррелируют с клиническими проявлениями глоссодинии, могут служить методами дополнительного исследования при дифференциальной диагностике глоссодинии и с успехом использоваться для объективизации результатов лечения пациентов.

Бородулина И.И., Блинов М.С., Тегза Н.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРЕДИКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

В последние годы внимание специалистов все больше привлекает состояние внутренних структур височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), и, в том числе, его связочный аппарат, представленный челюстно-височной связкой, стабилизи-

рующей положение диска при движениях головки нижней челюсти, и диско-челюстной связкой, удерживающей диск при сомкнутых челюстях. Логично предположить, что наследственная несостоятельность структуры соединительно-тканных волокон связочного аппарата ВНЧС может служить одним из патогенетических механизмов нарушения координированной функции височно-нижнечелюстного сустава.

Цель работы. Изучить распространенность наследственных предикторов формирования недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у пациентов с дисфункциями ВНЧС.

Материалы и методы. Для достижения цели нами обследованы пациентки, обратившиеся с жалобами на нарушение функции ВНЧС, сопровождающиеся щелчками, периодическим блокированием движений в суставе и болями. Возраст исследуемых пациенток составил 18-35 лет; все они были распределенные на 2 группы: исследования (19 человек) и сравнения (21 человек). Всем пациентам проводили клиническое обследование ВНЧС, исследовали характер движений нижней челюсти и состояние окклюзии. Дополнительно к традиционному обследованию зубочелюстной системы оценивали фенотипические признаки НДСТ. Признаки гипермобильности суставов оценивали по методу Бейтона с последовательным выполнением 5 тестов. Распространенность наследственных предикторов формирования НДСТ изучали с помощью анкет-опросников, предложенных пациентам для заполнения с последующим подсчетом баллов. Статистическая обработка данных проводилась с применением методов описательной статистики в среде пакета Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Анализ результатов анкетирования по выявлению наследственных предикторов НДСТ позволил установить следующее. Пациенты, имеющие фенотипические признаки НДСТ (группа исследования) набрали в общей сложности 70 баллов из предложенной анкеты. Пациенты, не имеющие фенотипических признаков НДСТ (группа сравнения) набрали баллов в 2,5 раза меньше. Максимальное количество баллов пришлось на такие предикторы, как: дефицит массы тела, наличие остеохондроза, избыточная гибкость в суставах, деформации позвоночника (кифоз, сколиоз), остеоартроз, нефроптоз, аритмии, варикозное расширение вен, склонность к «синякам», «плохое состояние зубов». При анализе жалоб, характеризующих полиморфизм клинической картины, установлено, что пациенты из группы исследования набрали 101 балл, в то время, как пациенты из группы сравнения набрали баллов в 2,7 раза меньше. Максимальное количество баллов набрали такие жалобы, как: «хруст в суставах», общая слабость, низкая работоспособность, мышечные боли после физической нагрузки, парестезии в дистальных отделах конечностей, цефалгии, кардиалгии, сердцебиения, головокружения, девиации суставов, носовые и маточные кровотечения.

Заключение. Пациенты, страдающие дисфункцией ВНЧС, имеющие фенотипические признаки НДСТ, обладают значительным набором баллов по выявлению наследственных предикторов НДСТ. Это может служить основанием для рассмотрения проблемы дисфункции ВНЧС у этих больных с точки зрения генетически измененного фибриллогенеза связочного аппарата ВНЧС мультифакториальной природы.

Васильева Л.В., Ковалевский А.М.,
Иванников А.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Профилактика и лечение заболеваний пародонта, которыми страдает более 80% населения земного шара, является актуальной проблемой стоматологии, имеющей общемедицинское и социальное значение. Актуальна она и для военнослужащих МО РФ.

Целью исследования явилось изучение распространенности основных стоматологических заболеваний среди военнослужащих Сухопутных Войск.

Материалы и методы. Для определения распространенности и интенсивности течения стоматологических заболеваний проведено эпидемиологическое обследование 727 военнослужащих в возрасте от 22 до 53 лет. Военнослужащих осматривали, оценивали индекс гигиены полости рта Ю.А. Федорова - В.В. Володкиной, йодное число Свракова по пробе Шиллера – Писарева, вычисляли интенсивность кариеса (индекс КПУ) и заболеваний пародонта (индекс КПИ).

Основные результаты. Уход за полостью рта, оцениваемый по индексу гигиены (ИГ) Ю.А. Федорова – В.В. Володкиной у офицеров составил

2,08±0,21. Установлена высокая распространенность и интенсивность кариеса 95,70% и КПУ 12,1±0,95. Наряду с кариесом зубов и его осложнений в общей структуре стоматологических заболеваний у военнослужащих наиболее широко представлены болезни тканей пародонта: гингивит, пародонтит, реже пародонтоз. Анализ результатов углубленного стоматологического обследования 727 военнослужащих выявил различия в состоянии тканей пародонта среди них в зависимости от их профессиональной категории и продолжительности срока службы в ВС РФ. Чаще диагностировались кровоточивость десен и положительная проба Шиллера-Писарева в 76,2±3,21, при показатели йодного числа Свракова 2,21±0,19. Наддесневые и поддесневые отложения зубного камня диагностировались в 51,9% случаев. Учитывая, что неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта и уход за зубами и тканями пародонта были распространены и интенсивнее протекали воспалительные и дистрофические процессы в тканях пародонта. Индекс КПИ у военнослужащих составил 3,22±0,21. Кроме того, у офицеров Сухопутных Войск диагностировалась дистрофическая форма заболеваний пародонта-пародонтоз в 4,3%. В таких случаях выявлялась выраженная рецессия десны, а также гиперестезия дентина и цемента в обнаженных шеек и корней зубов.

Заключение. Данные эпидемиологического обследования офицеров Сухопутных Войск свидетельствуют о высокой распространенности и интенсивности кариеса и заболеваний пародонта, о недостаточности диагностических и санационных мероприятий в войсковом звене.

Володин А.И., Иорданишвили А.К., Спесивец А.Ф.

ПОКАЗАТЕЛИ НУЖДАЕМОСТИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар
Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт- Петербург

Актуальность проблемы стоматологической патологии определяется её исходом – утратой зубов, которая приводит к нарушению функций жевания, речи и эстетики лица, а также способствует возникновению и прогрессированию заболеваний органов пищеварительной системы. Поэтому совершенствование методов третичной профилактики в стоматологии, предусматривающих восстановление утраченных функций жевательно-речевого аппарата в результате утраты зубов или вследствие заболеваний, повлёкших за собой сложные реконструктивные хирургические вмешательства на лице и челюстях, имеют важное значение в обеспечении стоматологического здоровья взрослого населения Российской Федерации. Изучение нуждаемости людей в зубопротезных конструкциях следует считать важной задачей стоматологии, помогающей реализовывать организационно-штатные изменения в работе стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждений и кабинетов, работающих на городах и сельской местности.

Цель исследования. Определить нуждаемость в зубных протезах взрослых людей, проживающих на юге Росси.

Материал и методы. В ходе клинического исследования осмотрено 3329 (1760 мужчин и 1569 женщин) взрослых людей в возрасте от 18 до 102 лет (рис. 1), из которых 1856 (989 мужчин и 867 женщин) проживали в городах и 1473 (771 мужчина и 702 женщины) человек в сельской местности Южного федерального округа Российской Федерации. При осмотре пациентов выявляли у них зубные протезы, в том числе на дентальных имплантатах, определяли их полноценность с учётом медицинских, функциональных и эстетических требований. Кроме того, выявляли нуждающихся в зубном протезировании в процентах, а также исследовали частоту встречаемости дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц, согласно общепринятых рекомендаций по диагностике функциональной патологии жевательно-речевого аппарата.

Результаты исследования. Показано, что с возрастом нуждаемость в зубном протезировании не зависимо от пола и места проживания увеличивается. При этом, как среди мужчин, так и среди женщин, проживающих в сельской местности, отмечается большая нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи ($p \leq 0,001$), что, очевидно, связано с удалённость лечебно-профилактических учреждений, оказывающих зубопротезную помощь от мест их проживания. Установлено, что с возрастом нуждаемость в зубном протезировании независимо от пола и места проживания увеличивается. Обеспеченность зубными протезами была выше у жителей городов. Продолжительность пользования зубными протезами у жителей города и села составляла от 6 месяцев

до 15 лет. При этом, у жителей городов полноценных зубных протезов, которыми они пользуются, больше, чем у жителей села. Неполноценность замещающих стоматологических конструкций была связана с их функциональной и эстетической неполноценностью, а также повышенным износом или их дефектами. Зубные протезы на искусственных опорах выявлялись только жителей города в 2,1–6,5% случаев, что требует организационных мер по приближению современных методов реабилитации жевательного аппарата к жителям сельской местности. Во всех возрастных группах, независимо от места проживания, имелась высокая частота функциональной патологии жевательного аппарата.

Заключение. Установлены возрастные и половые особенности в обеспеченности зубными протезами, а также нуждаемости в стоматологической ортопедической помощи взрослых людей, проживающих в городах и сельской местности Южного федерального округа Российской Федерации. Зубными протезами на искусственных опорах пользовались только жители городов, что требует разработки организационных мер по приближению современных методов реабилитации жевательного аппарата к жителям сельской местности. Показано, что с возрастом частота функциональной патологии жевательно-речевого аппарата в виде дисфункции ВНЧС и парафункций жевательных мышц увеличивается. При этом у жителей села эта патология диагностируется чаще, что обусловлено особенностями их профессиональной деятельности, в большей степени связанной с физическими нагрузками, которые влияют на увеличивающуюся встречаемость функциональной патологии жевательного аппарата.

Галяпин А.С., Сакович А.А., Коханая А.Д.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА «ПСИХО-СЕНСОРНО-АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ (ПСАФ)» АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СЛУШАТЕЛЕЙ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

В настоящее время принято выделять два фактора проявлений заболевания. Первый-жалобы и симптомы характеризующие местный процесс. Второй – жалобы и симптомы системного ответа: лихорадка, тахикардия, одышка, изменение гематологических, биофизических, биохимических, иммунологических показателей. Но системный подход предполагает учет еще одного фактора в структуре болезни: тревога пациента за исход заболевания, страх перед операцией, переживания, ухудшение самочувствия, нарушения глотания, речи и т.д. Такие субъективные симптомы самооценки выраженности проявлений заболевания получили название внутренняя картина болезни (ВКБ). Цель исследования – обучение слушателей повышения квалификации алгоритму системного трехфакторного подхода к исследованию больных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на стоматологическом приеме. С 2015 по 2017г.г. было обследовано с участием слушателей повышения квалификации 87 больных в возрасте от 18 до 65 лет со следующими формами острой одонтогенной инфекции: обострение хронического периодонтита, одонтогенный периостит, ретенция третьих нижних маляров, перикоронит. Для характеристики синдрома местного воспаления оценивались параметры: локализация воспалительного процесса, выраженность деформации лица, нарушение глотания и открывания рта; для характеристики синдрома воспалительного ответа: данные кожной термометрии, пульсометрии, частоты дыхания. Для характеристики аутодезадаптации использовали «Лист №2 добровольной доверительной информации врача пациентом» с самооценкой больным выраженности своего состояния и отдельных проявлений заболевания с помощью понятийно-бальной шкалы, описанной в пособии для преподавателей и врачей «Синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» под ред. С.Ф.Багненко, А.И.Яременко, А.А.Скоромец(2015). После распределения жалоб и проявлений заболевания по отдельным кластерам «Синдрома ПСАФ аутодезаптации» слушатели рассчитывали выраженность и структуру аутодезаптации в баллах (от 1 до 9 баллов). С помощью таблиц масштабирования слушатели рассчитывали в баллах выраженность синдрома местного воспаления, синдрома системного воспалительного ответа и интегрального показателя дезадаптации - ИПД. Анализ полученных данных выявил у 12 пациентов (13,8%) высокий до 9 баллов показатель аутодезадаптации. С учетом выраженности этих показателей слушатели обосновывали адекватный объем лечебных мероприятий, место их проведения (поликлиника или стационар), необходимость дополнительных методов обследования, привлечения других спе-

циалистов, в частности психолога. При повторном посещении данные вновь проведенного обследования больных слушатели сопоставляли с исходным значением интегрального показателя дезатаптации и делали заключение об эффективности лечения, достигнутом уровне реабилитации. В заключение следует отметить, что применение первичной экспресс-диагностики аутодезадаптации пациентов на амбулаторном приеме позволяет формировать у слушателей навыков системного подхода к обследованию и лечению больных даже в условиях ограниченных возможностей использования данных лабораторных методов исследования.

Гончаренко С.А., Семенцов И.В.,
Ибрагимов Т.А., Стрелковская В.И.

СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХАХ

1477 Военно-морской клинический госпиталь, Владивосток

Дренирование является одним из ключевых элементов хирургического лечения одонтогенных заболеваний верхнечелюстных пазух. Оно позволяет проводить профилактику ранних послеоперационных осложнений и во многом определяет дальнейшее ведение больного в послеоперационном периоде, в том числе сроки стационарного лечения.

Нами разработан алгоритм применения различных методов дренирования верхнечелюстных пазух, в зависимости от характера заболевания и объёма хирургического вмешательства. Мы применяем следующие методы дренирования:

1. Через расширенное естественное соустье;

2. С помощью катетера через нижний носовой ход с помощью пункции пазухи интраоперационно;

3. Классический метод – тампонада верхнечелюстной пазухи с выведением турунды через наложенное дополнительное соустье в нижний носовой ход.

При больших объёмах хирургического вмешательства с удалением значительного количества слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, при неустойчивом гемостазе, с целью профилактики послеоперационного кровотечения мы используем классический метод дренирования. Однако, в нашей практической деятельности, пациентов с такими заболеваниями не много. В период с 2013 по 2017 г. было выполнено 5 таких операций (из 325 операций на верхнечелюстных пазухах), что составило 1,5%. Удаление турунды проводилось на 3-4 сутки после операции и, учитывая травматичность данной манипуляции, требовалось дальнейшее наблюдение за такими пациентами, что увеличивало срок госпитального лечения.

При заболеваниях верхнечелюстных пазух, при которых во время операции определялось большое количество изменённых тканей слизистой оболочки, некротические массы и грибковые тела, дренирование пазухи проводилось с помощью катетера введенного посредством пункции через нижний носовой ход интраоперационно, с обязательным расширением естественного соустья. Данный способ позволяет проводить антисептическую обработку верхнечелюстной пазухи через катетер и аспирировать экссудат в послеоперационном периоде, без дополнительной травматизации больного. В период с 2013 по 2017 г. было выполнено 61 операция, что составило 18,8%.

Основным методом дренирования верхнечелюстных пазух в 259 случаях (79,7%) в нашей практике является дренирование через расширенное естественное соустье, которое производится в ходе операции. Дополнительно проводится местная сосудосуживающая терапия в послеоперационном периоде. Этого достаточно для эвакуации содержимого пазухи естественным способом. В послеоперационном периоде, по показаниям, на 2 - 3 сутки производится аспирация содержимого пазухи через естественное соустье.

Таким образом, в подавляющем большинстве операций по поводу одонтогенных заболеваний верхнечелюстных пазух, дренирование достаточно проводить через расширенное естественное соустье. Этот метод дренирования наиболее физиологичный и менее травматичный для пациента, не требует длительного послеоперационного наблюдения и уменьшает длительность госпитального лечения.

Горбачев Д.С., Харитонова Н.Н.,
Леонгардт Т.А.

БОЕВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗНИЦЫ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Особенности строения глазницы, где каждая её стенка является смежной с соседними органами предопределяют множественность повреждений, и как следствие необходимость участия смежных специалистов в диагностике и лечении повреждений этой анатомической области. Травма челюстно-лицевой области, нередко сопровождается повреждением глазниц, располо-

женных в средней зоне лица.

Цель исследования: анализ структуры боевых повреждений глазницы, их особенностей, подходов к лечению и осложнений.

Материалы и методы: проанализировано 177 законченных случаев боевых повреждений органа зрения в ходе Чеченского конфликта. Оценивались следующие факторы: частота и структура сочетанных и множественных повреждений глазницы, характер оказанной помощи и возникшие осложнения.

Основные результаты: Повреждения глазницы составили 17% (93% ранения, 7% контузии), среди ранений глазниц – 68% с инородными телами (95% осколки, 5% пули). Повреждения глазницы в 90% случаев сопровождались повреждениями глазного яблока, в 47% повреждениями век. Изолированные повреждения глазницы встречались редко. Более 90% повреждений глазницы носили множественный или сочетанный характер. Они сопровождались повреждением: ЛОР органов в 92% случаев, челюстно-лицевой области в 45 % случаев, черепа и головного мозга в 40% случаев, других органов в 11% случаев. По направлению раневого канала ранения глазницы были глазнично-лицевыми, глазнично-черепными, черепно-глазнично-лицевыми, поперечно-глазничными. На этапе неотложной специализированной медицинской помощи инородные тела (ИТ) удалены в 30% случаев, в 5% выполнена попытка удаления, в 65% случаев ИТ не удалялись по следующим причинам: тяжёлое общее состояние раненого, неотложная эвакуация, прободное ранение глазного яблока, малые размеры инородного тела, глубокая его локализация при отсутствии осложнений. Среди осложнений боевых повреждений глазницы выявлялись инфекционные осложнения не превышавшие 1 %: флегмона (абсцесс) глазницы, остеомиелит, нагноение ожогов лица и век вследствие отсутствия полноты первичной хирургической обработки, несвоевременности оказания помощи пострадавшим офтальмологического профиля, поступающих в общем потоке раненых, а также рубцовые осложнения вследствие избыточного иссечения, в том числе и жизнеспособных тканей при хирургической обработке, неправильного ушивания ран век с грубыми нарушениями правил восстановления их целости. В связи с этим в ходе боевых действий в условиях локального вооружённого конфликта был введён этап неотложной специализированной медицинской помощи, максимально приближенный к зоне боевых действий.

Заключение: Боевые поражения глазницы и вспомогательных органов глаза имеют свои особенности, характеризуются множественностью и сочетанием с повреждениями смежных органов. Во избежание инфекционных, рубцовых косметических и функциональных дефектов при обработке множественных и сочетанных повреждений головы с вовлечением глазницы и вспомогательных органов глаза обязательно участие офтальмолога. В диагностике и лечении множественных повреждений головы необходимо участие смежных специалистов: нейрохирургов, челюстно-лицевых хирургов, офтальмологов и оториноларингологов. Введение этапа неотложной специализированной медицинской помощи явилось эффективным шагом к совершенствованию оказания медицинской помощи пострадавшим, способствовало оказанию специализированной помощи в полном объеме в ранние сроки, сокращению этапов эвакуации, сроков лечения и осложнений, а следовательно к скорому возвращению военнослужащих в строй.

Гребнев Г.А., Ковалевский В.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ХВОЙНО-СОЛЕВОГО КОНЦЕНТРАТА С ПАСТОЙ ХВОЙНОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) – одно из наиболее распространенных воспалительных заболеваний полости рта среди взрослого населения России. Низкая обеспеченность населения пародонтологической помощью и недостаточное внимание к заболеваниям пародонта со стороны врачей-стоматологов других специальностей закономерно обуславливает отсутствие адекватного уровня диагностики и лечения хронического генерализованного пародонтита.

Лечение ХГП, как правило, предполагает проведение хирургического вмешательства, направленного в первую очередь на ликвидацию пародонтальных карманов в сочетании с консервативным лечением, важной частью которого является антибактериальная терапия ввиду инфекционной этиологии заболевания, а также необходимости профилактики осложнений в послеоперационном периоде. Ввиду развития антибиотикорезистентности, а также резистентности к антисептикам, актуальной проблемой является поиск новых противомикробных средств.

В 2015-2017гг. на кафедре челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии было проведено обследование и лечение 71 пациента с ХГП лёгкой, средней и тяжёлой степени в возрасте 18-55 лет (47 мужчин, 30 женщин). Предоперационная подготовка включала проведение профессиональной контролируемой гигиены полости рта, депульпирование зубов с патологической подвижностью I-III степени и зубов, в области которых определялись пародонтальные карманы глубиной более 6мм, изготовление армированных шин из композиционных материалов, избирательное пришлифовывание зубов.

Хирургическое лечение включало проведение закрытого кюретажа пародонтальных карманов или лоскутной операции (с удалением зубов по показаниям). Проводилась антибактериальная, десенсибилизирующая, противовоспалительная терапия. В послеоперационном периоде пациентам первой (контрольной) группы назначалось полоскание полости рта раствором хлоргексидина биглюконата 0,02%, второй группы – раствора хвойно-солевого концентрата (ХСК) с пастой хвойной («Фитолон», СПб) в разведении 1 чайная ложка на стакан воды 6-8 раз в день. Оценка состояния тканей пародонта проводилась с использованием пародонтальных индексов PI (Russel A., 1956), КПИ (Леус П.А., 1988), индекса кровоточивости (Muhlemann-Cowell, 1975) до лечения, через 2 недели, через 1 и 6 месяцев после лечения.

Значения пародонтальных индексов у больных второй группы были ниже, в том числе достоверно: значения индекса PI через 2 недели после оперативного вмешательства составили 1,26±0,06 при ХГП лёгкой степени, 1,45±0,04 – средней, 4,26±0,05 – тяжёлой степени при соответствующих значения в контрольной группе 1,44±0,07, 1,56±0,04, 4,38±0,04 ($p<0,1$), через 6 месяцев в случае ХГП средней степени тяжести – 1,64±0,03 при значении в контрольной группе 1,75±0,04 ($p<0,1$); значения индекса КПИ через 2 недели, 1 месяц ($p<0,01$) и 6 месяцев ($p<0,05$) после закрытого кюретажа составили соответственно 1,21±0,11, 1,19±0,04 и 1,1±0,04 при значениях в группе контроля 1,93±0,14, 1,74±0,08 и 1,36±0,09, через 1 месяц после лоскутной операции по поводу ХГП тяжёлой степени – 1,96± 0,03 при значении в контрольной группе 2,14±0,1 ($p<0,1$); значения индекса кровоточивости Muhlemann-Cowell – 0,71±0,05 через 2 недели и 0,77±0,04 через 6 месяцев после хирургического лечения ХГП средней степени тяжести при значениях в группе контроля 0,88±0,04 и 0,94±0,06 соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, местное применение раствора ХСК в послеоперационном периоде позволяет ожидать лучших результатов комплексной терапии ХГП как в ближайшие, так и отдалённые сроки.

Гребнев Г.А., Багненко А.С., Маградзе Г.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М.КИРОВА

Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург

По данным различных отечественных и зарубежных авторов зубочелюстные аномалии встречаются от 27,7% до 88,8% населения. Вместе с тем от 17% до 32% представителей этой группы нуждаются в хирургическом этапе комплексной коррекции скелетных аномалий прикуса. Помимо зубочелюстных аномалий, в связи с достижениями в пластической хирургии возрастает интерес к омолаживающим операциям и приданию европиойдных черт представителям африканойдных и азиатских рас. Развитие высокоскоростного транспорта приводит к повышению доли пострадавших с множественными и панфациальными переломами костей лицевого отдела черепа.

Диагностика, планирование операционного вмешательства и реабилитации данной категории пациентов требует особой тщательности и скрупулёзности в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области и эстетическо-коммуникативной функцией лица человека.

В современной пластической и реконструктивной челюстно-лицевой хирургии активно используются цифровые технологии при планировании оперативного вмешательства. На первом этапе применяются технологии лазерного сканирования лица, 3D-фотограмметрия, конусно-лучевая и спиральная компьютерная томография, а также различные компьютерные утилиты для объединения всех блоков полученной информации в одну цельную цифровую модель лица человека с последующим этапом планирования хирургического лечения. На следующем этапе возможно изготовление индивидуальных хирургических шаблонов для имплантации, накусочных позиционеров при ортогнатической хирургии, индивидуальных имплантатов для контурной пластики, ортодонтические и ортопедические аппараты и конструкции.

Опыт кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии, полученный при использовании возможностей цифровой медицины дает возможность утверждать, что данный подход позволяет адекватно спланировать степень изменения мягкотканного компонента лица в зависимости от передвижения фрагментов костей лицевого отдела черепа как при врожденных, так и при приобретённых деформациях челюстно-лицевой области. Использование вышеописанных CAD/CAM технологий позволяет повысить точность манипуляций, максимально приблизить планируемый результат моделирования к реальному послеоперационному, снизить продолжтельность и инвазивность оперативного вмешательства. Возрастающий интерес к телемедицине создает предпосылки для развития данного направления в челюстно-лицевой и пластической хирургии, а также всех разделах стоматологии для мультидисциплинарного и коллегиального подхода в планировании лечения пациентов в отдаленных и туднодоступных регионах, где отсутствуют все необходимые специалисты.

Гребнев Г.А., Никитенко В.В., Терещук С.В., Ковалевский А.М.

АРЖАНЦЕВ П.З.: 100 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ВОЕННОГО ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

27 декабря 2017 г. исполняется 100 лет со дня рождения видного челюстно-лицевого хирурга, одного из организаторов военной стоматологии в Советской Армии, бывшего заместителя главного стоматолога Министерства обороны СССР, начальника стоматологического отделения ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, лауреата Государственной премии СССР, заслуженного врача Российской Федерации, доктора медицинских наук, полковника медицинской службы Павла Захаровича Аржанцева.

П.З. Аржанцев начал военную службу в 1938 г., в 1939 г. окончил Окружную школу санитарных инструкторов Белорусского особого военного округа и был командирован на учебу в Киевское военно-медицинское училище, по окончании которого в апреле 1941 г. назначен в то же училище курсовым командиром.

В годы Великой Отечественной войны П.З. Аржанцев добровольно (по рапорту) был направлен на фронт. Воевал командиром санитарного взвода 24-го воздушно-десантного полка 10-й гвардейской воздушно-десантной дивизии 37-й армии 2-го Украинского фронта (позднее 3-го Украинского фронта). В 1944 г. при освобождении Кривого Рога был тяжело ранен. После лечения направлен в Уральский военный округ на прежнее место службы в эвакуированное Киевское военно-медицинское училище на должность курсового офицера.

В 1945 г. поступил в Киевский медицинский стоматологический институт, сочетая учебу со службой в армии. После окончания института в 1949 г. направлен на должность врача-стоматолога отдельной медсанроты 7-й воздушно-десантной дивизии (г. Каунас). С 1954 г. по 1956 г. проходил учебу на 2-ом факультете Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. В 1956 г. назначен начальником стоматологического отделения 367-го Окружного военного госпиталя Закавказского военного округа (г. Тбилиси).

С 1962 г. по 1987 г. П.З. Аржанцев возглавлял отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко, являясь заместителем главного стоматолога Министерства обороны СССР. В 1964 г. им защищена кандидатская диссертация на тему: “Остеосинтез нижней челюсти с применением металла и пластических масс”. Обобщению работы стоматологических отделений крупных военных госпиталей и определению путей развития специализированной помощи в Советской Армии и на Военно-Морском Флоте посвящена его докторская диссертация (1975 г.).

Под руководством Павла Захаровича в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко проводилось лечение военнослужащих с огнестрельными ранениями, ожогами, онкологическими и воспалительными заболеваниями, травмами, посттравматическими и врожденными деформациями челюстно-лицевой области. Им предложены оригинальные способы костно-реконструктивных операций и пластики мягкими тканями при устранении деформаций и дефектов челюстно-лицевой области разной этиологии. В 1981 г. за большой вклад в развитие челюстно-лицевой хирургии П.З.Аржанцеву присвоена Государственная премия СССР.

После 49-летней службы в Вооруженных Силах П.З. Аржанцев с 1988 г. по 1994 г. трудился в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф. Владимирского.

Павел Захарович автор и соавтор свыше 230 научных трудов, в том числе 12 монографий, учеб-

ников, руководств для врачей, брошюр. Им получены авторские свидетельства и патенты на 11 изобретений.

Ратный и трудовой путь Павла Захаровича отмечен орденами Отечественной войны I и II степени, двумя орденами Красной Звезды, орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, двумя медалями «За боевые заслуги», 27 другими медалями. Удостоен почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации».

Скончался П.З.Аржанцев на 94 году жизни 7 сентября 2011 г.

Жизненный путь Павла Захаровича Аржанцева является примером самоотверженного служения Родине и профессии врача.

Кубышкина К.П., Олейник О.И., Кунин А.А., Сущенко А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «ВЕКТОР» С ОЗОНИРОВАННОЙ ВОДОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение. Разработка альтернативных методов лечения заболеваний пародонта, исключающих или минимизирующих медикаментозное воздействие на организм человека, является актуальной. Целесообразность применения современных ультразвуковых технологий с озонотерапией, обладающей выраженной антимикробной активностью, этиопатогенетически обусловлена, что позволяет эффективно их использовать на различных этапах пародонтологического лечения.

В этой связи **целью нашего исследования** явилось повышение эффективности комплексного лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени путем применения аппарата VECTOR с озонированной водой. Для ее достижения были поставлены следующие **задачи**: 1) разработать методику применения аппарата VECTOR и озонированной воды («V + O_3») в комплексной терапии пародонтита; 2) изучить динамику клинических и лабораторных показателей состояния пародонта при использовании VECTOR – терапии с озонированной водой и традиционных методик в лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени.

Материал и методы исследования. В серии клинико- лабораторных исследований изучен материал, полученный при обследовании и лечении 91 пациента контрольной группы (применялась VECTOR-терапия с озонированной водой) и 60 пациентов группы сравнения (1 подгруппа, где использовалась традиционная VECTOR -терапия и 2 подгруппа, в которой применялась озонированная вода для орошений, инстилляций) с хроническим пародонтитом средней степени в возрасте от 19 до 70 лет. Озонирование дистиллированной воды проводили озонатором УОТА-60-01 «Медозон».

Основные результаты. Оценка эффективности проведенного лечения проводилась на основании результатов клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследования в ближайшие (7-е сутки, 14-е сутки) и отдаленные сроки (3 месяца, 6 месяцев и 1 год). Устранение воспаления и кровоточивости десен у пациентов основной группы проходило в день посещения или на следующие сутки, что подтверждалось данными расширенной гингивоскопии. В эпикризе было отмечено достижение ремиссии заболевания в течение одного года. Через год после лечения индекс гигиены (ИГ) соответствовал уровню хорошей гигиены полости рта, ИГ групп сравнения был средним и характеризовался как удовлетворительный. РМА у пациентов основной группы был ниже на 42,7% и на 44,1% , чем у пациентов 1-й и 2-й подгрупп сравнения соответственно. Пародонтальный индекс был ниже, чем в первой подгруппе сравнения на 31,8% и на 40%, чем во второй. По данным цито-бактериоскопии в основной группе выявлена положительная динамика в плане нормализации цитологических показателей, быстрая положительная динамика микробиологического мониторинга по сравнению с данными у пациентов групп сравнения.

Заключение. Таким образом, использование разработанного метода лечения способствует повышению эффективности терапии хронического генерализованного пародонтита, увеличению сроков ремиссии без рецидивов, купированию воспалительного процесса в тканях пародонта в короткие сроки, кроме того применение данного способа лечения является альтернативным у лиц, не переносящих фармакотерапию и имеющих в анамнезе другие сопутствующие заболевания.

Гук В.А., Иорданишвили А.К., Гук Т.П.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗУБОВ, ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Поликлиническое отделение 442 ВКГ имени З.П. Соловьева, Санкт-Петербург

В настоящее время в связи с постарением населения планеты проблема медицинской адаптации и социальной реабилитации людей старших возрастных групп весьма актуальна. Состояние полости рта отражает возрастные изменения и здоровье человека, а также его экономический статус.

Целью исследования являлось изучить особенности стоматологического статуса долгожителей.

Материалы и методы исследования. Проведено изучение стоматологического статуса у 53 (27 мужчин и 26 женщин) долгожителей в возрасте от 90 до 99 лет проживающих в Северо-Западном и Центральном регионах Российской Федерации. При изучении стоматологического статуса использованы общепринятые методы изучения частоты встречаемости и интенсивности течения основных стоматологических заболеваний. Частоту встречаемости и нуждаемость пациентов в лечении и протезировании зубов оценивали в процентах. Для оценки индивидуальной гигиены полости рта использовали индекс Ю.А. Фёдорова – В.В. Володкиной, для объективной оценки состояния тканей пародонта применяли комплексный периодонтальный индекс П.А. Леуса. Уровень стоматологической помощи оценивали по индексу УСП в процентах. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализ стоматологического здоровья показал, что из обследованных мужчин имели зубы 18 (66,7%) человек, среди женщин – 14 (53,9%) человек. Индивидуальная гигиена полости рта у долгожителей, которые имели естественные зубы, не зависимо от пола, была неудовлетворительной. При этом все эти пациенты имели пародонтальные и периапикальные очаги хронической одонтогенной инфекции и нуждались в терапевтических и хирургических санационных мероприятиях. Учитывая, что 33,3% мужчин и 46,2% женщин из обследованных долгожителей страдали полной утратой естественных зубов, распространённость кариеса среди составила у мужчин – 66,7%, среди женщин – 53,9%, при показателе КПУ, соответственно, 19,3±1,6 (кариозных зуба (К) – 3,42; пломбированных зуба (П) – 2,94; удалённых зуба (У) – 12,91), и 18,4±1,2 (кариозных зубов – 2,46; пломбированных зубов – 3,11; удалённых зубов – 12,85) поражённых зуба. Некариозные поражения в виде повышенной стираемости твёрдых тканей зубов и клиновидных дефектов зубов были выявлены у всех долгожителей в 100% случаев не зависимо от пола ($p \geq 0,05$). У мужчин чаще чем у женщин диагностировалась дистрофическая форма поражения тканей пародонта (пародонтоз), соответственно, в 14,8% и 7,7% случаев ($p \leq 0,01$). Не зависимо от пола у долгожителей часто встречались воспалительная патология пародонта в виде хронического генерализованного пародонтита (ХГП).

Проведённое клиническое исследование позволило уточнить основные показатели стоматологического здоровья долгожителей, проживающих в Северо-Западном и Центральном регионах России. Учитывая полученные данные, нам представляется, что, оценка критериев здоровья людей старших возрастных групп должна быть интегральной и учитывать не только степень их физической подвижности, социальную активность, остроту зрения, слуха, но и стоматологическое здоровье, в том числе показатель сохранившихся зубов и их функциональной ценности.

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

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЛИЦА

Городская стоматологическая поликлиника № 29, Институт скорой помощи имени Ю.Ю. Джанелидзе, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Среди пациентов, проходящих лечение в специализированном стационаре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного госпиталя больные, страдающие одонтогенной подкожной гранулемой лица (ОПГЛ) лица встречаются не часто, и составляют 0,15 – 0,22% больных, проходящих лечение на таком отделении, в том числе 1,2 % от больных, страдающих одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. На этапе амбулаторно-поликлинической помощи дефекты первичной диагностики ОПГЛ выявляются более чем в 73% случаев. В последнее время ОПГЛ стала чаще встречается у людей молодого и среднего возрас-

та. Поэтому в современной медицинской литературе отмечается, что врачи поликлиник часто путают эту патологию с хроническим одонтогенным остеомиелитом челюстей, абсцедирующими фурункулами различной локализации. Это является не только диагностической ошибкой, определяющей неверную лечебную тактику по отношению к такому больному. Проводя хирургическое вмешательство на околочелюстных мягких тканях, при сохранении хронического очага периапикальной инфекции, возникновение рецидива патологии неизбежно.

Необходимо подчеркнуть, что причины возникновения одонтогенной подкожной гранулёмы лица при хронических одонтогенных очагах инфекции до сих пор не исследованы. Поэтому представляет интерес расширить представления специалистов об иммунологических параллелях, имеющих место при хроническом периодонтите и одонтогенной подкожной гранулёме лица, что имеет теоретическое в аспекте изучения патогенеза одонтогенной подкожной гранулёмы, а также прикладное значение в лоне профилактики её возникновения и рецидивирования.

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

Для уточнения механизмов формирования иммунных дисфункций, приводящих к развитию одонтогенной подкожной гранулёмы лица (ОПГЛ) у лиц с хроническими очагами одонтогенной инфекции проведено обследование 54 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, страдающих хроническим гранулирующим периодонтитом (ХГП), из которых у 19 был установлен диагноз – ОПГЛ, а также 30 пациентов группы сравнения аналогичного возраста, у которых изучено содержание в слюне провоспалительных (интерлейкина-1β (IL-1β), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-8 (IL-8), фактора некроза опухоли-α (TNFα)) и противовоспалительных (рецепторного антагониста интерлейкина-1 (RAIL), интерлейкина-4 (IL-4), интерлейкина-10 (IL-10)) цитокинов методом иммуноферментного анализа. Установлено, что развитие воспаления при ХГП и ОПГЛ характеризуется усилением местного иммунитета и повышением уровня в слюне провоспалительных цитокинов. Таким образом, нарушение процесса воспаления с преобладанием синтеза противовоспалительных цитокинов, таких как IL-10, у лиц, страдающих ХГП, может привести к развитию вялотекущего воспаления в подкожной жировой клетчатке лица и возникновению ОПГЛ.

Дворянчиков В.В., Шафигуллин А.В.

ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В настоящее время проблема лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов по-прежнему актульна и составляет в среднем 25 % среди всех синуситов. В течение длительного времени проблему лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита решали оториноларингологи и не всегда успешно, так как необходимо участие челюстно-лицевого хирурга, чтобы успешно с ней справиться. Наличие у пациентов заболеваний периапикальных тканей больших и малых коренных зубов, технические сложности при экстракции зубов верхней челюсти, приводящие к проталкиванию корня в пазуху, являются причинами возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита. Наиболее распространенной причиной возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита в настоящее время является попадание стоматологического пломбировочного материала в верхнечелюстную пазуху при пломбировке каналов моляров верхней челюсти.

Развитие функциональной эндоскопической хирургии в оториноларингологии открыло новые перспективы для лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита. Попавший в верхнечелюстную пазуху пломбировочный материал некоторыми авторами рассматривается как основа для возникновения различных новообразований пазухи и поэтому требует удаления. В то же время многие авторы рассматривают одонтогенный верхнечелюстной синусит как первично-хроническое заболевание. Наличие одонтогенного очага, вызвавшего синусит, и изменения, происходящие в пазухе при хроническом воспалении, требует изменения подхода в лечении. Аномалии развития внутриносовых структур, приводящие к нарушению функции мерцательного эпителия, требуют хирургической коррекции. Таким образом, необходим комплексный подход к лечению одонтоген-

ного верхнечелюстного синусита.

В клинике оториноларингологии ВМедА применяется методика периоперационного лечения пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами. В зависимости от причины, вызвавшей синусит, проводится удаление «причинного зуба, закрытие ороантрального сообщения, удаление одонтогенной кисты, проведение резекции верхушки корня «причинного» зуба. Эти действия выполняются челюстно-лицевым хирургом. Коррекция внутриносовых структур проводится оториноларингологом. Все манипуляции проводятся в условиях общей анестезии.

Совместно обследование челюстно-лицевым хирургом и оториноларингологом пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом, планирование дальнейшей тактики лечение, одновременное устранение причины одонтогенного синусита и проведение внутриносовых операций с использованием эндовидеохирургической техники позволяет достигнуть хороших результатов.

Дорошина Н.Б, Матчин А.А, Чайникова И.Н.

МИКРОБИОЦЕНОЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург
Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург

Изучены особенности стоматологического статуса и микробиоценоза полости рта у 57 пациентов (23 мужчины и 34 женщины) в возрасте от 20 до 64 лет, проживающих в Оренбурге - регионе с экологически неблагоприятными факторами окружающей среды.

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) легкой степени диагностирован у 5 человек (8,8%), средней степени — у 19 (33,3%), тяжелой степени — у 33 больных (56,2%). Контрольную группу составили 30 пациентов того же возраста, не имеющих воспалительных заболеваний пародонта.

Состояние полости рта оценивалось с помощью упрощенного гигиенического индекса OHI (Green-Vermillion,1964), индекса мягкого налета (Loe-Silness,1963), индекса PMA (Parma, 1960) и пародонтального индекса PI (Russel A., 1967). Рецессию десны определяли по шкале P.D. Miller (1985). Анализировались окклюзиограммы.

Пациентам дополнительно проводились микробиологическое исследование пародонтальных карманов в Институте клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН (Оренбург). Выделение и идентификацию штаммов микроорганизмов проводили общепринятыми бактериологическими методами. Биохимическая идентификация до вида проводилась с помощью дифференциально-диагностических тест-систем STAPHYtest, STREPTOtest, ENTEROtest, NEFERMtest, ANAEROtest (Lachema, Чехия).

Из пародонтальных карманов обследованных было изолировано 137 штаммов микроорганизмов. В составе биотопа преобладали изоляты Streptococcus spp. (24,3±5,1% штаммов), Neisseria spp. (10,4±3,9% штаммов), Staphylococcus spp. (13,3±3,7% штаммов), Peptostreptococcus spp. (7,4±4,1% штаммов) и дрожжевые грибы Candida spp. (6,9±3,8 % штаммов). Общий показатель микробной обсемененности (ОПМО) составил $7,6*10^7$ КОЕ/мл. При пародонтите наблюдалась перестройка количественного и качественного состава микросимбиоценоза. Монокультуры бактерий по сравнению с ассоциациями, независимо от тяжести заболевания, высевались достаточно редко (12,5±4,4% против 87,5±4,4%). При легком течении ХГП в качестве монокультур из микросимбиоценоза пародонтальных карманов чаще выделялись грибы C. albicans (20±17,8% случаев), при средней тяжести – S. pneumonia и S. salivaris (10±6,7%), при тяжелом и агрессивном течении – S. mutans, S. pyogenes, Corynebacterium spp. (12,9±6,0% случаев). Наряду с изменением количественного состава микрофлоры менялось и соотношение частоты выделения факультативно-анаэробных микроорганизмов по отношению к облигатно-анаэробным бактериям (63,4±5,2% и 36,6±4,8% соответственно против 82±5,6 % и 18±3,8 % у лиц со здоровым пародонтом). При анализе доли показателя микробной обсемененности (ПМО) в ОПМО биотопа пародонтального кармана наблюдалось преобладание облигатных анаэробов (69,2±4,4%) по отношению к факультативно-анаэробным (30,8±6,1%).

Выявленные закономерности изменений количественного и качественного состава микрофлоры пародонтальных карманов при хронических генерализованных формах пародонтита могут быть использованы при планировании лечебно-профилактических мероприятий у пациентов, проживающих в промышленном городе.

Дробышев А.Ю., Сорвин В.А., Глушко А.В., Клипа И.А., Куракин К.А., Свиридов Е.Г.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва
Клинический центр челюстно-лицевой, реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии, Москва

Основной целью данного исследования является анализ ошибок и осложнений на этапе хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей и создание современной рабочей классификации осложнений.

С 1995 года по 2015 КЦ ЧЛРВ и ПХ прооперирован 1957 пациент с врожденными аномалиями и деформациями челюстей. Проведен анализ интероперационных осложнений хирургического лечения 112 пациентов с врожденными аномалиями челюстей, оперированных в период с 2011 по 2017 год в КЦ ЧЛРВ и ПХ МГМСУ и других клинических центрах.

Из 112 пациентов были сформированы две группы – пациенты с интероперационными осложнениями, оперированные в КЦ ЧЛРВ и ПХ МГМСУ (I группа) и пациенты с интероперационными осложнениями, оперированные в других клинических центрах (II группа). По результатам проведенного анализа, из 112 пациентов сформированы две группы интероперационных осложнений:

I группа - 27 пациентов (24%), прооперированных в КЦ ЧЛРВ и ПХ;

II группа - 85 пациентов (76%), прооперированных в других клинических центрах.

Всем пациентам проводилась ортодонтическая подготовка с динамическим наблюдением у челюстно-лицевого хирурга для оценки готовности к проведению хирургического этапа комбинированного лечения. Лечение в группе I планировали с использованием Dolphin Imaging 11.0 и Surgicase 5.0. При планировании хирургического лечения использовали данные цефалометрического анализа мягких тканей лица по G.W. Arnett и R.P. McLaughlin. После компьютерного анализа по полученным данным проводили изготовление хирургических шаблонов (сплинтов). По показаниям во всех группах были выполнены остеотомия верхней и/или нижней челюстей, и/или гениопластика.

Анализ интероперационных осложнений позволил выявить причины, приводящие к их возникновению. Систематизация полученных данных позволила создать и предложить классификацию интероперационных осложнений хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей. Минимизация осложнений во время операции достигается путем составления четкого плана основанного на тщательной предоперационной диагностике, проведенной совместно хирургом и ортодонтом. Для точного планирования ортогнатических операций требуется антропометрический анализ лица, изучение состояния лицевого скелета и прикуса как клинически, так и рентгенологически.

Дягилев А.И.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ТИПОВЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение болевой чувствительности в интра- и послеоперационном периодах у лиц молодого и пожилого возраста при типовых стоматологических операциях.

Материалы и методы. Изучены клинические особенности купирования послеоперационного болевого синдрома в различных возрастных группах. Исследование проводилось с участием 86 человек находящихся на стационарном лечении молодого (18-44 лет) и пожилого (60-74 лет) возрастов. Для разделения исследуемой группы использовалась возрастная классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ 2016). В молодую группу вошло 46 человек (53%), а в группу пожилого возраста – 40 человек (47%). Оценка интра- и послеоперационного болевых синдромов проводилась вовремя и после операции удаления зуба и радикальной гайморотомии. При этом в группе молодого возраста выло выполнено 30 операций (65%) удаления зуба и 16 радикальных гайморотомий (35%). В группе пожилого возраста 27 (67,5%) и 13 (32,5%) операций соответственно. Интраоперационный болевой синдром купировался раствором аритикаина с адреналином в соотношении 1:200.000. Для операции удаления зуба в каждом случае в обеих группах использовалось 1,8 мл анестетика, а для гайморотомии – 5,4 мл. Послеоперационный болевой синдром у всех исследуемых пациентов купировался внутримышечным введением 1 мл (30 мг) раствора кеторола (производитель ОАО «Синтез» Россия) через 60 минут после операции.

Результаты. В ходе операции удаления зуба потредовалось дополнительное обезболивание объемом 1,8 мл. В молодой группе у 40% пациентов, а в группе пожилого возраста у 18,5%. При радикальной гайморотомии также использовались дополнительные введения анестетика: в молодой группе – 37,5%, в группе пожилого возраста – 23%. Повторного введения кеторола (30 мг внутримышечно) после операции удаления зуба в течении 12 часов потребовали 26,5% пациентов из молодой группы и 7,5% пациентов из группы пожилого возраста. После радикальной гайморотомии введения анальгетика потребовали 68,7% пациентов из молодой группы и 46% - из группы пожилого возраста. Следует также отметить, что в общем пациентам из группы пожилого возраста, подвергшимся оперативному вмешательству, в отличие от группы сравнения, потребовалось введение кеторола в течение более длительного времени в послеоперационном периоде.

Выводы. Клинические наблюдения показывают, что у пожилых пациентов чувствительность к боли снижается. Они более терпимы к болевым ощущениям, возникающим во время хирургических операций и после них. Возможно, изменение болевой чувствительности связаны с возрастными изменениями в психоэмоциональной сфере. Лица пожилого возраста легче переносят явления острой боли, но значительно чаще подвержены формированию хронического болевого синдрома.

Жевлаков А.А., Бородулина И.И.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ УГЛОМ НАКЛОНА НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ И РАЗМЕРАМИ ПАРАДЕНТАЛЬНОЙ КИСТЫ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В последние годы все большее количество пациентов с затрудненным прорезыванием нижних третьих моляров обращаются за помощью в стоматологические клиники**.** Высокая вероятность появления осложнений при этом процессе и после его хирургического лечения ставит перед нами задачи**,** которые направлены не только на совершенствование методов диагностики ретенции нижних третьих моляров**,** но и выявления сопутствующей патологии**,** возникающей в ходе их прорезывания**,** одной из которых является парадентальная киста**.** До настоящего времени мы не имеем четкого представления об этиопатогенезе, а также факторах, способствующих её развитию. По классификации всемирной организации здравоохранения одонтогенных кист (2005) данное заболевание относится к группе воспалительных кист. Однако некоторые авторы считают, что основной причиной ее развития является опухоли или дизонтогенетические процессы B. Berthelsen (1999).

Цель работы. Изучить зависимость между углом наклона и положением нижних третьих моляров и размерами парадентальной кисты.

Материалы и методы. Для достижения цели нами были обследованы 30 пациентов, обратившиеся с жалобами на нарушение прорезывания нижних третьих моляров, сопровождающееся периодическими обострениями в виде отека и болей. Возраст исследуемых пациентов составил 21-39 лет; все они были распределены в разные группы: в зависимости от угла наклона нижних третьих моляров. Пациентам кроме проведения клинического обследования, рентгенологически оценивали положение зубов мудрости в нижней челюсти и состояние прорезывания. Исследования проводили на основании ортопантомограмм (ОПТГ) на ортопантомографе Planmeca (Финляндия). Признаки разрежения костной ткани, ширину и длину кистозной полости в области перикоронального пространства причинного зуба оценивали с помощью программы Planmeca Romexis Viewer. Угол наклона определялся, как угол между продольной осью зуба мудрости и окклюзионной плоскостью. Статистическая обработка данных проводилась с применением методов описательной статистики в среде пакета Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Анализ результатов ОПТГ по выявлению зависимости ширины и длины костного дефекта в области кисты и угла наклона в челюсти нижних третьих моляров позволил установить некоторые закономерности. У пациентов, с признаками парадентальной кисты рентгенологически обнаружен разный наклон нижних третьих моляров. Чаще других выявлен угол наклона в 51 градус (16,7 %). Оценку проводили по эмпирическому значению коэффициента корреляции Спирмена и в сравнении с соответствующим критическим значением для заданного уровня значимости. Для выборки с числом элементов m=30 и уровнем значимости p=0,05 критическое значение коэффициента Спирмена ρкрит=0,36. Абсолютное значение полученного нами коэффициента корреляции оказалось меньше критического значения, взятого из таблицы, что соответствовало гипотезе об отсутствии корреляционной зависимости между выборками.

Заключение. У пациентов с затрудненным

прорезыванием нижних третьих моляров, сопровождающимся образованием парадентальной кисты, коэффициент корреляции Спирмена между размерами выявленной рентгенологически кистозной полости и углом наклона зуба меньше критического значения. Таким образом, угол наклона нижних третьих моляров не влиял на размер парадентальной кисты. Полученный нами результат может служить основанием для дальнейшего рассмотрения этиопатогенеза парадентальной кисты при прорезывании нижних третьих моляров.

Иванов А.С., Азизов М.Н., Лукавецкий А.А.

ОЦЕНКА ШКАЛ РАСЦВЕТОК ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ КОЛОРИМЕТРА

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород

Актуальность вызвана многими факторами затрудняющими при определении цвета зуба. Эта освещенность рабочего места врача-стоматолога, отсутствие данных о сроках годности цветовых шкал расцветок зубов, цвета слизистой оболочки полости рта. Существенным фактором в определении цвета как самого зуба так и шкалы расцветок зубов является особенности цветовосприятия врача, пациента и ассистента врача стоматолога.

Цель исследования заключалась в сопоставлении известных цветовых расцветок зубов с помощью колориметра VITA Easyshade.

Материал и методы исследования. Вначале разработали протокол исследования, который включал определение общей освещенности и освещенности рабочего места стоматолога с помощью аппарата люксометра. оценка восприятия цвета у экспериментаторов проводилась с помощью таблиц Рабкина. Для сопоставления использовались популярные у стоматологов шкалы расцветок зубов (VITA Luim VACUUM, VITA SYSTE3D -MASTER,SPOFADENT, IVOCRYL). В протокол вносили все изменения последовательности цветов шкал расцветок. для исключения ошибок в сравнении цветовых шкал зубов использовали колориметр VITA Easyshade. Определение цвета проводили трижды и высчитывали среднее значение.

Результаты исследования. Освещенность помещения в среднем составляла 350-450 лк, освещенность рабочего места врача-стоматолога (стоматологического столика) была аналогичной. Вначале провели сравнение между цветовыми шкалами, оказалось, что их цвета не всегда совпадают. Отсутствие идентичности потребовало сравнения цветовых шкал с помощью цифрового колориметра VITA Easyshade. данные цвета колориметра VITA Easyshade и шкалы SPOFADENT полностью не совпадали и были смещены в светлую сторону, что должно соответствовать цвету А-1,В-1, С-1, Д-2. Полученные данные тоже расходились и тоже смещались как и при оценке цвета зубов SPOFADENT, IVOCRYL.

Выводы. Проведенное исследование сравнение точности определения и идентичности цвета шкал расцветок зубов, показало вариабельность их данных, не смотря на одинаковые гигиенические условия рабочего помещения. Соответственно дало обоснование трудности в работе врачей стоматологов при выборе цвета пломбировочного материала или керамики. Использование для определения цвета зуба цифрового колориметра VITA Easyshade позволяет значительно точнее определять и подбирать цвет пломбировочного материала или керамики, исключает возможную ошибку срока годности данной расцветки зубов или ее загрязненности входе работы врачом стоматологом, а также подбирать тон и светлость красок или пигментов при изготовлении керамических конструкций.

Иванов А.С., Кабаньков А.В., Мнацаканов С.С., Румакин В.П., Орехова Л.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ФУЛЛЕРЕНОВ В МЕМБРАНАХ ИЗ ПВС ДЛЯ ОСТЕОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский институт кино и телевидения
лаборатория морфологии РНИИОТ имени Р.Р. Вредена, Санкт-Петербург

Актуальность исследования связана с тем, что после проведения стоматологических остеопластических операций развиваются осложнения. Они вызваны проростанием в костную рану эпителиальных клеток. Для разобщения и повышения качества регенерации предлагается применение фуллеренов в мембранах из поливиниловогоспирта(ПВС).

Цель исследования выяснить возможность применения фуллеренов в мембранах из поливи-

нилового спирта для остеопластики в хирургической стоматологии.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования были проведены на крысах линии Вистер. Проводились токсилогические и морфологические исследования свойств биоматериалов, предназначенных для восстановления утраченных структурных элементов ткани. Животные были разделены на две группы. В 1-группе изучали реакцию тканей на трансплантационные материалы из $ПВСФ_{60}$ как в виде пленок (10х5х4мм) так и пластин. Во 2-группе провели сравнение реакции тканей на мембраны из $ПВСФ_{60}$ и на материал «Остеопласт». Выведение животных осуществляли на 14,28 и 42 сутки . Препараты декальцинировали, после блоки на 24 часа оставляли в 5% растворе алюмокалиевых квасцов. Препараты окрашивались гематоксилинэозином и пикрофуксином по Вант Гизону.

Результаты исследования. В 1 группе на 28 сутки гистологическая картина применения пленок и пластинок из $ПВСФ_{60}$ была одинакова. В костной ткани инородный материал не обнаруживается. В месте дефекта четко различим тонкий участок из новообразованной кости губчатого строения со сливающимися костными балками. При большем увеличении признаков воспаления или иммунной воспалительной реакции не обнаружено. Подобная тенденция сохраняется и в дальнейшем на 42 сутки. Во 2 – группе, у животных которым использовали в качестве трансплантата «Остеопласт» наблюдался фиброз, с участками хондроидальной ткани. Соединение с краем распила было нестабильно, кроме того кортикальный слой кости отсутствовал. В окружающих тканях встречаются фрагменты «Остеопласта».

Выводы. Проведенные экспериментальные исследования показали, что композиции из полимеров на основе ПВС с фуллереном являются не только биосовместимыми, но и биологически активными материалами. Мембранные конструкции из $ПВСФ_{60}$ существенно влияют на процесс остеогенеза. Во- 1 ускоряют остеогенез и образование полноценной костной ткани происходит быстрее, чем при введении остеопластического материала «Остеопласт». Во-2 новообразованная кость обладает полноценной архитектоникой и полноценной васкуляризацией. В- 3 новая кость обладает лучшими качественными характеристиками. Применение мембран из ПВС с фуллереном оправдано как их свойствами, так и удобством работы с ними.

Иванов А.С.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВНЧС

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность исследования состоит в том, что врачам ортопедам преподносят данную проблему как дисфунцию сустава вызванную либо аномалией прикуса или наличием зубочелюстных дефектов. Существенным моментом является прежде всего, что сустав парный, данное сочленение имеет тесные морфо-функционнальные связи с другими сочленениями и организмом в целом, поэтому и лечение должно быть комплексным.

Цель исследования выяснить особенности клинических проявлений ДОА ВНЧС и необходимости ортопедических методов лечения вывихов нижней челюсти в комплексном лечении.

Материал и методы исследования. Проведено клиническое, биохимическое, электромиографическое и рентгенологическое обследование 326 больных с ДОА ВНЧС (55 мужчин и 271 женщина) в возрасте от 20 до 74 лет. В ходе рентгенологического обследования оказалось, что суставная головка у 48.1% больных располагалась над вершиной суставного бугорка, у 23,07% под вершиной суставного бугорка, у 19.2% за вершиной суставного бугорка и у 17.7% асимметрично было положение суставных головок. Учитывая, что при лечении данного заболевания в первую очередь движения в ВНЧС должны быть сбалансированными нами были разработаны специальные ортопедические конструкции после чего проводилось комплексное лечение с применением лазерного излучения.

Результаты исследования. В клинике по показаниям применялись следующие устройства: функциональный аппарат для лечения привычного вывиха нижней челюсти, шарнирное устройство для лечения привычных подвывихов и вывихов нижней челюсти, устройство для лечения привычно вывиха в височно-нижнечелюстном суставе. Ортопедическое лечение проведено было у 118 (76,3%) больных. В ходе комплексного лечения у больных наступало улучшение функции жевательной системы и нормализация силовой характеристики жевательных мышц. Проведенное лечение снизило осцилляции спонтанной фоновой активности по амплитуде до уровня шумов, привело к ликвидации выпадения биотоков в фазе активности, наблюдаемое до лечения на стороне

больного ВНЧС, значительно выравняло разницу в показателях биотоков на больной и противоположной сторонах.

Выводы. Выбор метода лечения ДОА ВНЧС включает: клинические, рентгенологические, лабораторные методы исследования. Лечебные мероприятия будут зависеть от клинических проявлений заболевания, рентгенологических особенностей в ВНЧС и биохимических изменений в крови больного. Для рентгенологической оценки можно использовать способ оценки смещения суставной головки мыщелкого отростка нижней челюсти. При развитии привычных подвывихов и вывихов нижней челюсти в комплекс лечения необходимо включать ортопедические способы ограничивающие гипермобильность сустава.

Иорданишвили А.К.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Для грамотной организации и оказания определённого вида специализированной медицинской помощи в рамках определённого ведомства необходимо знание показателей заболеваемости прикреплённого контингента и их нуждаемости в конкретном виде специализированной медицинской помощи, силы и средства для её осуществления, также разработанные правовые аспекты и экономическая составляющая для их осуществления.

В настоящее время рассматривая вопросы оказания ортодонтической помощи в системе Министерства обороны Российской Федерации имеются определённые сложности, связанные не только с отсутствием сил и средств для её оказания, сведений о нуждаемости различных категорий военнослужащих, пенсионеров МО и членов их семей, включая детей в ортодонтической помощи. При этом многие аспекты оказания этой помощи в военно-медицинских организациях нуждаются в уточнении в правовом аспект. Это в определенной мере определяется экономической составляющей ортодонтического лечения, так как его себестоимость у взрослых достаточно велика. При этом в настоящее время в ВС РФ порядок и алгоритм оказания ортодонтической помощи также не определён. Очевидно, что в современных условиях необходимы предложения по устранению этих недостатка в организации и оказании стоматологической помощи в ВС РФ.

Известно, что показатели распространённости зубочелюстных аномалий (ЗЧА) существенно колеблются, а именно, от 11,4% до 71,7% (Ф.Я. Хорошилкина, 1982). Это в большой мере зависит от методического уровня исследований и профессиональной подготовки врачей, проводящих такие исследования. В настоящее время определение фактической нуждаемости различных категорий военнослужащих, пенсионеров МО и членов их семей в ортодонтической помощи необходимо для оказания различных видов стоматологической помощи в мирное время. Кроме того, исследования показывают, что имеется определённое количества призывников и абитуриентов, имеющих ЗЧА третьей степени тяжести при нарушении функции жевания более 60%, что свидетельствует о дефектах работы военно-врачебных комиссий, которые призваны заниматься освидетельствованием молодых людей (Л.Н. Солдатова и соавт., 2016), что связано с недостаточной подготовкой врачей-стоматологов по вопросам медицинского освидетельствования в системе МО РФ.

Часто проходя службу в ВС РФ военнослужащие, имевшие ЗЧА I-II степени, утрачивают зубы, что делает невозможным рациональное выполнение у них зубного протезирования без предварительной ортодонтической подготовки полости рта (Л.Н. Солдатова и соавт., 2016). Однако это в настоящее время в военно-медицинских учреждениях практически неосуществимо, так как порядок и алгоритм оказания ортодонтической помощи не определён, силы и средства для её осуществления отсутствуют. Кроме этого, в результате ортодонтического лечения обычно происходит определённая перестройка элементов ВНЧС, кинематики нижней челюсти, что необходимо закреплять для обеспечения стабильных результатов лечения, гарантирующих нормальную функцию жевательного аппарата в новых условиях (А.А. Сериков, 2013). В тоже время, вопросы использования ретенционных аппаратов военнослужащими с учётом особенностей военной службы, практически не рассматривались. Поэтому для военной медицины мирного времени в современных условиях крайне необходимы исследования, посвященные изучению нуждаемости различных категорий военнослужащих в ортодонтической помощи, а также по разработке документации, определяющей порядок оказания такой помощи не только военнослужащим, но и другим прикреплённым к военно-медицинским организациям категориям граждан.

Казаченко Е.В.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Выявлена широкая распространенность патологий органов пищеварения среди людей всех возрастных категорий (Лукина Г.И., 2011 г.). И следует учитывать, что анатомо-физиологическая близость, общность иннервации и гуморальной регуляции создают предпосылки вовлечения органов полости рта в патологический процесс при заболеваниях органов пищеварения (Кирсанов А.И., Горбачева И.А., 2000 г.). Что нашло подтверждение у ряда авторов: воспалительные заболевания пищеварительного тракта достаточно часто сопровождаются поражением зубочелюстной системы (Епишев В.А., 1972; Цимбалистов А.В., Робакидзе Н.С., 2005). Изучение стоматологического статуса взрослого контингента, страдающего заболеваниями ЖКТ, установило высокую интенсивность поражения зубов кариесом, воспалительными заболеваниями пародонта и патологическими изменениями со стороны слизистой оболочки у данных пациентов (Максимовский Ю.М., Румянцев В.Г., Мдинаридзе Г.Н., 2005; Тытюк С.Ю., Иорданишвили А.К., Васильев А.В., 2015).

Являясь начальным этапом пищеварительного тракта, полость рта представляет собой отдельную экологическую нишу, заселенную микроорганизмами, которые в свою очередь, ответственны за формирование местного иммунитета и способны обеспечивать колонизационную резистентность этого биотопа (Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Банченко Г.В., 2004). При возникновении стоматологической патологии, микрофлора, обладающая агрессивными, вирулентными свойствами, оказывает не только вредное действие на ткани области поражения, но может неблагоприятно влиять на состояние всего организма, замыкая «порочный» круг и внося свой вклад в развитие патологических нарушений со стороны органов желудочно-кишечного тракта (Хабилов Л.Х., 1976; Десятниченко К.С., Леонтьев В.К., 2007). При патологии пародонта в десневых (пародонтальных) карманах находится большое количество микроорганизмов, способных в течение длительного времени вызывать состояние сенсибилизации организма, нарушение иммунологического статуса (Кирсанов А.И. и соавт., 2000 г.), что особенно важно учитывать в послеоперационном периоде лечения заболеваний толстого кишечника.

Известно, что курение сопровождается неудовлетворительной гигиеной полости рта и быстрым формированием трудноудаляемого налета курильщика (Л.Ю. Орехова, М.В. Осипова, 2011 г.). Вот почему поддержание удовлетворительного гигиенического состояния полости рта так важно для планирования лечения заболеваний толстого кишечника. Следует учитывать, что данная категория пациентов получает как консервативное, так и хирургическое лечение.

Послеоперационные пациенты требуют повышенного внимания по уходу за полость рта, возможно, с привлечением помощи родственников и медицинского персонала. Целесообразна затрата меньших усилий, что не всегда осуществимо с использованием механических средств гигиены.

Вышеизложенное определяет актуальность и важность направления в исследовании подбора методик и средств для индивидуальной гигиены полости рта.

Калакуцкий И.Н., Калакуцкий Н.В.

ВОЗМОЖНОСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ТОРАКОДОРСАЛЬНОГО ЛОСКУТА (ТДЛ) С РЕБРОМ В ЕГО СОСТАВЕ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение: ТДЛ с ребром в его составе, для замещения обширных комбинированных дефектов челюстно-лицевой области, применяется как при первичной, так и вторичной пластике в свободном виде на основе сосудистой реваскуляризации, или на выделенной, порой до 12-14 см., сосудистой ножке. Однако, инфицирование ребра в составе ТДЛ особенно при первичной пластике когда дефект тканей дна рта, нижней челюсти, и наружная рана представляют собой единое целое, реконструкция нижней челюсти, нередко, приводит к развитию воспаления, нарушению микроциркуляции и гибели костного сегмента лоскута. Для уменьшения числа грозных воспалительных осложнений, улучшения исходов первичной и вторичной пластики была предложена новая методика формирования ТДЛ с ребром, перемещения последнего на сосудистой ножке и расположения его в реципиентной зоне.

Цель исследования: оценить эффективность

предложенной методики формирования ТДЛ с участком ребра в его составе при замещении протяжённых изъянов нижней челюсти, сочетающихся с дефицитом мягких тканей на фоне ранее выполненной лучевой терапии и ифецированнного воспринимающего ложа.

Материалы и методы: замещение изъянов нижней челюсти и окружающих мягких тканей по разработанной методике проведено у 4 онкологических больных в возрасте от 55 до 62 лет. У всех проведена вторичная пластика. В 2 наблюдениях лоскут на сосудистой ножке формировали и переносили в реципиентную зону без префабрикации. Формирование лоскута у этих больных начинали с выделения сосудистой ножки. Его мышечная часть пересекалась на уровне нижнего края XI ребра, рассчитывая ширину и длину кожного островка в составе лоскута так, чтобы его кожная составляющая полностью перекрывала всю поверхность ребра, замещала утраченную слизистую оболочку дна рта, и при необходимости, использовалась для устранения дефекта тканей подподбородочной, подчелюстной областей. В случае префабрикации, ребро поднимали на межрёберном сосудистом пучке, изгибали по форме утраченного сегмента челюсти, закрепляя изгибы минипластинами и перемещали его в тоннель, сформированный в подкожно-жировой клетчатке ТДЛ. Зона взятия ребра закрывалась полипропиленовой сеткой. Рана ушивалась. Через 4-5 месяцев наступала консолидация фрагментов ребра в местах его изгибов. Далее префабрицированный лоскут поднимали на сосудистой ножке, проводили через тоннель под большой грудной мышцей в область комбинированного дефекта тканей чеюстно-лицевой области. Ребро фиксировали к культям нижней челюсти и надёжно изолировали от полости рта.

Результаты: во всех случаях отмечено отсутствие воспалительных осложнений, полное приживление кожной, мышечной и костной составляющих лоскута. У пациентов восстановлена непрерывность «дуги» нижней челюсти, сформирован подбородочно-шейный угол, созданы условия для протезирования зубов на основе дентальных имплантатов.

Выводы: Предложенная методика формирования ТДЛ с ребром в его составе, перемещения и расположения лоскута в реципиентной зоне улучшает эстетические и функциональные результаты операций, расширяет возможности реабилитации наиболее сложной категории больных и может быть методом выбора у пациентов с сопутствующей патологией, не позволяющей проводить длительные, травматичные вмешательства, в том числе и операции на основе сосудистых анастомозов, снижает тяжесть оперативного вмешательства.

Калакуцкий Н.В., Калакуцкий И.Н., Садилина С.В.

ВЫБОР ДОНОРСКОЙ ЗОНЫ ДЛЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. В сложных клинических ситуациях, когда имеется выраженная вертикальная и горизонтальная атрофия - установка дентальных имплантатов без предшествующей костной пластики невозможна. В зависимости от размеров и локализации дефекта для неё используют аутотрансплантаты из внутриротовых зон – при меньших размерах дефектов, и внеротовые донорские зоны – при выраженной атрофии в области верхней и нижней челюстей. Из внеротовых донорских зон наиболее широко используются – гребень подвздошной кости, кости свода черепа, большеберцовая кость. Аутотрансплантаты из гребня подвздошной и большеберцовой кости состоят преимущественно из губчатого вещества, что нередко сопровождается значительной их резорбцией после пересадки. Аутотрансплантаты костей свода черепа представлены компактным веществом, но являются достаточно тонкими, также их забор сопровождается высоким риском повреждения твёрдой мозговой оболочки, поэтому больные нередко негативно относятся к выбору этой донорской зоны. Альтернативным трансплантатом может быть латеральный края лопатки (ЛКЛ), в котором компактное вещество превалирует над губчатым, что обеспечивает большую его прочность и меньшую скорость резорбции после перемещения в реципиентную зону. Забор трансплантата не вызывает каких-либо значительных нарушений функции верхней конечности.

Цель исследования. Изучить эффективность использования костного аутотрасплантата из латерального края лопатки для костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Разработать методику забора аутотранплантата из ЛКЛ.

Материалы и методы. У 10 пациентов проведена костная пластика челюстей с использовани-

ем аутотрансплантата из латерального края лопатки. Проводились такие виды костной пластики как: синус-лифтинг, пластика с использованием костных блоков и 3D костная пластика. Планирование операций у всех больных осуществлялось на основе анализа компьютерных томограмм. У ряда больных выполнялись стериолитографические модели.

Результаты. У всех пациентов были протяженные дефекты костной ткани альвеоляров. У 3 пациентов была выраженная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти, у 2 больных – нижней, у 5 пациентов отмечалась атрофия обеих челюстей. В зависимости от плана лечения размеры костного трансплантата из латерального края лопатки были в пределах от 5.0 до 10 см. с толщиной не менее 1см. Костного материала всегда хватало для одномоментой реконструкции альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Следует отметить, что после проведённых операции функция верхней конечности быстро восстановилась у всех пациентов, а послеоперационный рубец располагался в подмышечной области и был незаметен. Через 6-9 месяцев после костной пластики всем больным была выполнена успешная имплантация и последующее протезирование. В течение 3 лет динамического наблюдения за пациентами ортопедические конструкции были в хорошем функциональном состоянии.

Выводы. 1. Использование аутотрансплантата их латерального края лопатки является методом выбора для костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти при выраженной атрофии. 2.В донорской зоне не отмечалось функциональных нарушений после операции.

Калакуцкий Н.В., Шестов В.Д., Овсепян Т.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ЗОН ЛИЦА

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи, Санкт-Петербург

Введение. Задачами реконструкций в области головы и шеи являются сохранение и восстановление эстетических параметров и функций у пациентов с обширными дефектами в челюстно-лицевой области. Подподбородочный лоскут на сосудистой ножке является альтернативным методом замещения не только обширных дефектов кожи в средней и нижней зон лица, но и дефектов дна полости рта и боковой поверхности языка.

Цель и задачи исследования. В нашей работе представлены предварительные результаты применения подподбородочного лоскута на сосудистой ножке и техника оперативного вмешательства при устранении обширных дефектов средней и нижней зон лица, дна полости рта.

Материалы и методы. На базе клиник челюстно-лицевой хирургии и отделения опухолей головы и шеи у пяти пациентов была выполнена реконструкция с применением подподбородочного лоскута на сосудистой ножке. Лоскут использовался для замещения дефекта средней зоны лица у двух пациентов, у трех – замещение дефекта слизистой дна полости рта и языка.

Результаты. Двум пациентам применялся подподбородочный лоскут на сосудистой ножке для замещения дефекта кожи средней и нижней зон лица. У одного из них (с базалиомой кожи верхней губы справа с распространением на крыло носа) произошел частичный некроз 2\3 кожной части лоскута, с последующим заживлением вторичным натяжением. Эстетика лица была не нарушена, лоскут соответствовал цвету и текстуре кожи, рубцы незаметны. У второго пациента с посттравматической рубцовой деформацией средней и нижней зон лица слева, микростомой - лоскут прижился, незначительный краевой некроз. В послеоперационном периоде отмечалось улучшение открывания рта.

У трех пациентов с диагнозом опухоль дна полости рта на фоне проведенной ПХТ PF с частичным регрессом опухоли применялся подподбородочный лоскут на сосудистой ножке. У одного пациента полное приживление лоскута, в послеоперационном периоде отмечалось улучшение качества жизни, разборная речь, отсутствие грубого рубцевания.

У двух пациентов в послеоперационном периоде на 5 и 14 сутки отмечался частичный и полный некроз кожной части лоскута в связи с нарастанием венозной недостаточности сосудистой ножки. За счет биологической повязки, раны зажили под грануляциями, без грубого рубцевания, движения языка в полном объеме, речь не нарушена.

Заключение. Наш предварительный опыт показал, что подподбородочный лоскут на сосудистой ножке является альтернативным методом в рекон-

струкции обширных дефектов челюстно-лицевой области.

Карпова Т.Н, Чепик Г.С., Солдатов И.К.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Истоки физиотерапевтического лечения и медицинской реабилитации травматических больных в России можно отнести к началу XX века, когда остро возник вопрос реабилитации раненых, получивших огнестрельные ранения в годы Первой мировой и Гражданской войн, и их социальной адаптации.

Родоначальниками реабилитации в России по праву можно назвать А.Л. Поленова, А.К. Шенка, А. Покровского. Основные положения по реабилитации были изложены профессором А.Л. Поленовым в руководстве «Основы практической травматологии», в которое он включил главу «Физиотерапия при травмах» (проф. А.К. Шенк).

При лечении травм, сразу после временной иммобилизации, А.К. Шенк предложил проводить массаж и лечебную гимнастику, механотерапию. Для рассасывания очагов кровоизлияния в области травмы рекомендовались суховоздушные и электросветовые ванны, ионотерапия по Ледюку (электрофорез, Франкенхейзер). Диатермия (высокочастотная электро-магнитотерапия) назначалась при повреждении мышц и суставов с воспалительными инфильтратами, болезненных периоститах, глубоких межмышечных рубцовых спайках. Водолечение (пресные, минеральные, морские, рапные и рассольные ванны)и грязелечение из разных источников назначалось в период долечивания травматических повреждений. Глинолечение использовалось при осложнениях посттравматических повреждений кости и надкостницы, выпотах в полость сустава (А. Покровский, Симферополь).

В руководство была также включена Глава «Повреждения: а) шеи, б) скелета, в) мягких тканей лица и полости рта» (А.Д. Озеров, А.А. Лимберг), в которой изложены основы травматологии челюстно-лицевой области. Освещены следующие вопросы: переломы челюстей (распознавание и лечение), огнестрельные ранения лица; повреждения лица и органов полости рта; отдалённые последствия повреждений лица и их устранение хирургическими и ортопедическими методами (повязки, шины, способы вытяжения).

В годы Великой Отечественной войны основные направления, разработанные учёными начала XX века, получили своё дальнейшее развитие и применялись в клинической практике в полевых госпиталях для легко-раненых.

Разработки отечественных учёных XX века многих методов и методик реабилитационного процесса, особенно с использованием физических факторов природы, направленных на восстановление трудоспособности, получили своё дальнейшее развитие в послевоенное время.

Профессор М.А. Слепченко продолжил и развил лучшие традиции отечественной реабилитации в своей теме НИР и диссертации «Ортопедические методы возмещения дефектов верхней челюсти после её резекции» (1971), а также в методических разработках по реабилитации больных с приобретёнными дефектами и деформациями органов и тканей жевательного аппарата.

Кевлова Е.В., Черныш В.Ф.,
Иорданишвили А.К., Зайцев В.В.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ АТТЕСТОВАННЫХ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Поликлиника № 1 МСЧ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Оказание стоматологической помощи аттестованным сотрудникам органов внутренних дел, имеющим право на медицинское обеспечение в ведомственных медицинских учреждениях МВД, остаётся до настоящего времени нерешённой проблемой. До настоящего времени медицинская служба не имеет научно-обоснованных сведений об уровне, структуре, объеме и динамике стоматологической заболеваемости аттестованных сотрудников органов внутренних дел и их нуждаемости во всех видах стоматологической помощи. Учитывая, что руководящие документы предусматривают диспансерную форму стоматологического обслуживания аттестованным сотрудникам органов внутренних дел, представляется целесообразным определить потребность в стоматологических врачебных кадрах для диспансерной формы обслуживания аттестованных сотрудников органов внутренних дел. Для суждения о фактической нуждаемости аттестованных сотрудников органов внутренних дел во всех видах амбулаторной стоматологической помощи необходимо располагать сведениями об уровне и объёме по-

раженности, а точнее, истинной заболеваемости рассматриваемого контингента по основным стоматологическим заболеваниям.

Цель исследования – рассчитать потребность во врачебных кадрах для обеспечения диспансерной формы обслуживания аттестованных сотрудников органов внутренних дел по терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

В основу исследования положены результаты стоматологического обследования 1426 (740 чел. молодого и 668 чел. среднего возраста) аттестованных сотрудников органов внутренних дел в возрасте от 19 до 57 лет, проведённого в 2014 – 2016 гг. на базе стоматологического отделения поликлиники № 1МСЧ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Методической основой настоящего клинического исследования послужила эпидемиологическая методика Всемирной организации здравоохранения, предложенная в 1963 году, которая хорошо зарекомендовала себя при аналогичных исследования, проведённых в системе Министерства обороны РФ.

На основании результатов стоматологического обследования 1426 аттестованных сотрудников органов внутренних дел в возрасте от 19 до 57 лет, получены основные показатели, отражающие их стоматологическую заболеваемость, а также рассчитана потребность во врачебных кадрах для оказания амбулаторной стоматологической помощи при диспансерной форме медицинского обслуживания, которая для терапевтической и хирургической стоматологии составляет 1 врачебную должность на 1087 аттестованных сотрудников органов внутренних дел (0,92 врачебных должности на 1000 чел.) и 1 врачебную должность стоматолога-ортопеда на 2632 аттестованных сотрудника органов внутренних дел (0,38 врачебных должности врача стоматолога-ортопеда на 1000 чел.).

Полученные сведения позволят осуществлять реформирование ведомственных медицинских учреждений, занимающихся санацией полости рта аттестованным сотрудникам органов внутренних дел исходя из научно-обоснованных врачебных нормативов с учётом численности прикреплённого к ним исследованного контингента.

Кевлова Е.В., Зайцев В.В.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС АТТЕСТОВАННЫХ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Поликлиника № 1 МСЧ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, Санкт-Петербург

Аттестованные сотрудники внутренних дел обязаны проходить ежегодную диспансеризацию. Вместе с этим, обращаемость этих сотрудников к врачу-стоматологу по неотложным показаниям свидетельствует о неэффективных санационных мероприятиях. В связи с этим нами было изучено стоматологическое здоровье 137 аттестованных сотрудников внутренних дел по Санкт-Петербургу и Ленинградской области на базе Поликлиники № 1 МСЧ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Все обследованные были мужского пола в возрасте от 19 до 53 лет.

Результаты стоматологического обследования аттестованных сотрудников внутренних дел показали, что распространённость кариеса у них составила 100%, при показателе интенсивности кариеса КПУ равном 9,92 (К - 2,35; П - 4,19; У - 3,38). Некариозные поражения зубов были выявлены у 56 (40,88%) человек. Среди аттестованных сотрудников внутренних дел 64 (46,72%) человека нуждались в лечении заболеваний твёрдых тканей зуба, а 35 (25,55%) человек - в протезировании зубов.

У аттестованных сотрудников внутренних дел по показателю КПИ отмечено средней интенсивности течение воспалительной патологии пародонта (индекс КПИ=2,36±0,08), что свидетельствовало о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и лечении у врача-пародонтолога. Дистрофические поражения пародонта у аттестованных сотрудников внутренних дел были диагностированы у 2 (1,46%) человек. У большинства аттестованных сотрудников внутренних дел диагностировались положительные пробы Шиллера-Писпарева и Айнамо, которые были выявлены, соответственно, у 121 (88,32%) и у 102 (74,45%) человек. Это, очевидно, обусловлено неудовлетворительной индивидуальной гигиены полости рта. Гигиеническое состояние полости рта было на хорошем уровне (индекс гигиены 1,45 ±0,02) было только определено у 11 (8,03%) человек из обследованных. Зубной налёт или отложения зубного камня были выявлены у 104 (75,91%) аттестованных сотрудников внутренних дел, а пародонтальные карманы - у 62

(45,26%) человек. Таким образом, гингивит был диагностирован у 64 (46,72%), а пародонтит - у 62 (45,26%) аттестованных сотрудников внутренних дел. Это свидетельствовало, что лечебно-профилактические мероприятия в виде ПГПР для устранения гингивита были показаны большинству из обследованных лиц, а комплексное пародонтологическое лечение по поводу пародонтита - в 45,26% случаев. Заболевания слизистой оболочки полости рта аттестованных сотрудников внутренних дел были диагностированы в 27,01% случаев, то есть у 37 человек, которые страдали метеорологическим хейлитом или хронической трещиной красной каймы нижней губы. Уровень стоматологической помощи у аттестованных сотрудников внутренних дел был удовлетворительным (индекс УСП = 58,23%).

Таким образом, проведенное клиническое исследование позволило выявить дефекты санационной работы, проводимой медицинской службой МВД с аттестованными сотрудниками внутренних дел. В связи с этим требуется совершенствование организационных аспектов по оказании стоматологической помощи аттестованных сотрудников внутренних дел по Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

Ковалевский А.М., Бочарников А.А.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность. Согласно статистическим данным Российского онкологического научного центра, новообразования слюнных желез составляют 1-5% среди всех онкологических заболеваний человека и 3% среди опухолей головы и шеи. Многочисленные исследования свидетельствуют о преобладании доброкачественных опухолей слюнных желез.

Статистика распространённости послеоперационных осложнений у пациентов с доброкачественными новообразованиями слюнных желез в литературе отсутствует. Имеются лишь сообщения, что они встречаются чаще у женщин, чем у мужчин. В связи с увеличением количества оперативных вмешательств по поводу доброкачественных новообразований слюнных желез проблема повышения эффективности лечения послеоперационных осложнений приобретает значительную актуальность.

При послеоперационном парезе мимической мускулатуры медикаментозное лечение и методы физиотерапии недостаточно эффективны, а реабилитационный период составляет один год и более. Известные методы рефлексотерапии и гирудотерапии, обладающие выраженным противоспалительным, противоотечным действием, способствуют восстановлению нарушенной нервной проводимости, уменьшает сроки реабилитации пациентов. В доступной литературе не освещены вопросы применения иглотерапии и гирудотерапии при послеоперационных парезах мимической мускулатуры.

Цель исследования: разработать методику комплексного лечения послеоперационных осложнений у пациентов с доброкачественными новообразованиями слюнных желез с использованием медикаментозного лечения, рефлексотерапии и гирудотерапии.

Материал и методы исследования. Наблюдалось 70 пациентов, из них 28 мужчин и 42 женщины в возрасте от 18 до 86 лет после хирургического лечения по поводу доброкачественных новообразований слюнных желез. Пациенты, получавшие традиционное лечение (33 человека), составили 1-ю (контрольную) группу, пациенты, получающие предлагаемое комплексное лечение (37 человек) – 2-ю (основную) группу.

Пациенты основной и контрольной группы подвергались объективному обследованию в форме оценки состояния носогубной складки, угла рта, внутреннего угла глаза, по шкале K.M. Rosler (1995) оценивали степень пареза лицевого нерва. Проводилось электрофизиологическое исследование (ЭМГ) для оценки состояния лицевого нерва и мигательного рефлекса с двух сторон лица.

Результаты исследования. При анализе объективных параметров ЭМГ пациентов основной группы установлено, что амплитуда М-ответа через 1 месяц после начала терапии выраженно увеличилась (с 0,71±0,24 мВ до 1,45±0,28 мВ, $p<0,05$), что существенно ($p<0,05$) отличается от показателей контрольной группы (0,72±0,26 мВ и 0,78±0,27 мВ соответственно). Величина длительности М-ответа в основной группе уменьшилась через 1 месяц терапии с 9,44±0,42 мс до 8,04±0,27 мс ($p<0,05$). В то же время в контрольной группе величина длительности М-ответа практически не изменилась через 1 месяц терапии (9,24±0,42 мс и 9,13±0,42 мс соответственно, $p>0,05$).

При оценке по шкале K.M. Rosler (1995) у пациентов основной группы степень тяжести пареза

мимической мускулатуры снизилась со степени 2,8±0,2 до степени 1,0±0,4 ($p<0,05$); отсутствуют нарушения функций мимических мышц в покое и при произвольных движениях, патологические непроизвольные движения исключены, отсутствуют синкинезии, симметрия лица соответствует морфофизиологическим особенностям индивидуума уже через один месяц после комплексного лечения.

У пациентов контрольной группы степень тяжести пареза мимической мускулатуры составляла до лечения 2,7±0,3; через месяц после лечения – 2,6±0,3 ($p>0,05$), сохранялся тяжелый парез, неполное зажмуривание глаза, едва заметные движения и низкий мышечный тонус на стороне поражения, в покое отчетливо выявлялась асимметрия лица.

Период восстановления двигательной функции мышц лица на стороне поражения среди пациентов основной группы сократился до 31,2±19,6 суток, в то время как у пациентов контрольной группы продолжительность его достигала 182±58,3 суток ($p<0,001$).

Таким образом, можно сделать вывод о сокращении сроков послеоперационной реабилитации пациентов за счет использования в комплексном лечении методов иглотерапии и гирудотерапии.

Ковалевский А.М., Васильева Л.В., Железняк В.А.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА ПРИ СИСТЕМАТИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИБРАЦИИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность исследования. В результате углубленного стоматологического обследования выявлено, что распространённость заболеваний пародонта у военнослужащих, подвергающихся воздействию общей вибрации, существенно выше, чем у военнослужащих контрольной группы ($p<0,05$).

Цель исследования: выявление функциональных нарушений со стороны жевательного аппарата военнослужащих лётного состава вертолётной авиации при воздействии общей вибрации в ходе выполнения полёта.

Материал и методы исследования. Определение порога вибрационной чувствительности проводилось путем хронометража промежутка восприятия вибрации после установки рукоятки активированного камертона на слизистую оболочку десны в области фронтальных зубов нижней челюсти. Проведено определение вибрационной чувствительности десны 31 человека летного состава вертолетной авиации в возрасте от 24 до 43 лет с налетом от 400 до 2000 часов. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей в возрасте 24–45 лет, не подвергающихся воздействию вибрации в ходе профессиональной деятельности.

Электроодонтометрия проводилась с помощью аппарата «Тестер жизнеспособности пульпы, модели Digitest, Gentlpuls», производитель Parkell Inc., США; гнатодинамометрическое (ГДМ) исследование выполнено с помощью аппарата "Визир-Э" (ЦНИИ «Электроприбор») по методике А.В. Цимбалистова и соавт. (1994), определяли порог болевой выносливости тканей пародонта резцов, премоляров и моляров; миотонометрическое исследование включало изучение тонуса покоя и тонуса напряжения m.masseter с помощью миотонометра «Szirma» фирмы «Metrimpex» (Hungary).

Функциональное состояние сосудов микроциркуляторного русла пародонта изучали методом ультразвуковой допплерографии с использованием аппарата МИНИМАКС-ДОППЛЕР-К (ООО «СП-Минимакс», СПб, регистрационное удостоверение МЗ РФ № ФСР 2007/00810 от 18.09.2007 г.). Исследованию подвергали сосуды пародонта в области боковых резцов верхней челюсти с помощью датчика частотой 20 МГц.

Результаты исследования. Среди военнослужащих, не подверженных воздействию вибрации, (контрольная группа) вибрационная чувствительность десны составила 11,6±0,6 с, что, по данным литературы, соответствует норме для здоровых людей, которая находится в пределах от 10,7±0,6 до 15,6±0,7 с. Среди вертолетчиков вибрационная чувствительность десны составила 9,5±0,4 с, что достоверно ($p<0,01$) отличается от показателя контрольной группы.

Таким образом, у вертолетчиков, несмотря на отсутствие клинических проявлений вибрационной болезни, отмечается снижение вибрационной чувствительности тканей пародонта. При обследовании непосредственно после выполнения лётной работы показатели вибрационной чувствительности уменьшались до 4,4 ±0,9 с ($p<0,001$) и возвращались к уровню, зафиксированному до полёта, в течение 60 – 90 минут.

Показатели электродонтометрии (ЭОМ) у вертолетчиков были достоверно ($p<0,001$) повышены по сравнению с контролем, причем они увеличиваются непосредственно после выполнения по-

лета показатели ЭОМ (p <0,05), а затем, через 60 – 90 минут, постепенно возвращаются к уровню, зафиксированному до полёта.

Изменение показателей гнатодинамометрии после выполнения полёта статистически недостоверно по сравнению с показателями до полёта (p >0,05), однако они существенно отличаются от показателей контрольной группы (p <0,05). По-видимому, такие изменения являются фактором прогрессирования патологических процессов в тканях пародонта.

Показатели тонуса напряжения жевательных мышц лётного состава вертолётной авиации как до выполнения полёта (173,6 ±16,6 г, p <0,05), так и после него (137,2 ±22,9 г, p <0,01) достоверно отличались от показателей контрольной группы (220,2 ±8,2 г).

Также отмечено достоверное различие показателей тонуса покоя жевательных мышц лётного состава вертолётной авиации после выполнения полёта (85,6 ±14,3 г) в сравнении с показателями контрольной группы (43,4 ±4,3 г, p <0,01) и показателями до выполнения полёта (54,4 ±6,2 г, p <0,05).

Показатели средней линейной и средней объёмной скорости кровотока в сосудах пародонта, изученные путём ультразвуковой допплерографии, оказались весьма вариабельны, и у лиц, подвергающихся систематическому воздействию общей вибрации, достоверно не отличались от показателей контрольной группы. Однако сравнение показателей лётного состава вертолётной авиации до полёта и непосредственно после его завершения выявило существенные различия, выражавшиеся в значительном снижении средней линейной (p <0,05) и средней объёмной скорости кровотока (p <0,05) в сосудах пародонта после воздействия на организм общей вибрации.

Вывод. Таким образом, воздействие общей вибрации оказывает влияние на показатели вибрационной чувствительности десны, электровозбудимости пульпы зубов, гнатодинамометрии, тонуса покоя и напряжения собственно жевательных мышц, а также средней линейной и средней объёмной скорости кровотока в сосудах пародонта.

Коровин Н.В., Иорданишвили А.К.,
Черныш В.Ф., Сериков А.А.

ЗАТРУДНЁННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБОВ МУДРОСТИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ВОЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

У пятой части практически здоровых людей в молодом возрасте встречаются аномалии положения зубов мудрости, прорезывание которых осложняется перикоронитом и другими инфекционно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи. По данным статистической отчетности многопрофильных стационаров больших городов у 15 – 18% взрослых больных, госпитализированных в специализированные отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии по поводу острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области эта патология была обусловлена именно осложнениями при затруднённом прорезывании зубов мудрости.

Сведения о патологии зубов мудрости представлены весьма скудно. Основное внимание уделено лечению осложнений, связанных с патологией их прорезывания или лечению осложнений, возникающих после удаления зубов мудрости (альвеолит, абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области). Только в единичных публикациях рассматриваются вопросы прогнозирования возможности прорезывания нижних третьих моляров. Так, А.Т. Руденко (1971) указывал на возможность прорезывания нижнего зуба мудрости только при положительной ретромолярной диастеме, когда расстояние между дистальным краем коронки второго моляра нижней челюсти и нижнечелюстным отверстием с одноимённой стороны челюсти составляет не менее 29 мм. Д.Е. Танфильев (1952) говорил о возможности прорезывания нижнего третьего моляра только в том случае, когда расстояние между вторым моляром нижней челюсти и переднем крае её ветви не менее 10 мм. Интересные данные приводит А.Г. Васильченко (2012), который показал, что частота встречаемости затруднённого прорезывания нижних третьмих моляров у мужчин составляет 59%, у женщин – 41%, что объясняет большими мезио-дистальными размерами третьих моляров у мужчин и несоответствием данному параметру значения расстояния от дистального края коронки второго моляра нижней челюсти до переднего края её ветви. Кроме того,

этим же автором было показано. Что в группе лептопрозопов распространённость затруднённого прорезывания нижних третьих моляров выше, чем в группе мезо- и эурипрозопов. Данный факт автор объяснил особенностями корреляционных взаимоотношений между размерами лицевого черепа и параметрами, характеризующими ретромолярное пространство, а также максимальными значениями протяженности зоны роста тела нижней челюсти в области её угла, характерными для лептопрозопов, при которых зона роста нижней челюсти увлекает за собой корневую часть нижнего третьего моляра, приводя в конечном итоге к его ретенции. Г.А. Васильченко говорил о возможности прорезывания нижнего третьего моляра при расстоянии между вторым моляром нижней челюсти и переднем крае её ветви равном 9,4 мм у мужчин и 8,3 мм – у женщин. Учитывая сказанное, представляет теоретический прикладной интерес для стоматологии исследовать особенности прорезывания зубов мудрости у молодых людей.

Цель исследования – на основании клинико-лучевого исследования изучить анатомо-топометрические характеристики челюстей при прорезывании или ретенции (дистопии) зубов мудрости.

В ходе исследования были осмотрены, а также изучены 3D-томограммы мужчин в возрасте от 18 до 27 лет. При изучении 3D-томограмм оценивали наличие зубов мудрости на верхних и нижней челюстях, степень их прорезывания, наличие ретенции (или дистопии). В ходе анатомо-топометрического исследования уточняли особенности анатомического строения альвеолярного отростка (части) челюсти в области бугра на верхней челюсти и ретромолярного пространства на нижней челюсти при прорезывании и ретенции третьих моляров. а также анатомо-топографические особенности этих участков челюстей при благоприятных и неблагоприятных условиях для прорезывания третьих моляров.

В результате исследования были уточнены особенности анатомического строения альвеолярного отростка (части) челюсти в области бугра на верхней челюсти и ретромолярного пространства на нижней челюсти при прорезывании и ретенции третьих моляров. Подчеркнуто, что для прогнозирования прорезывания и возникновения осложнений прорезывания существующих сведений о линейных размерах области бугра верхней челюсти и ретромолярного пространства нижней челюсти недостаточно. Для прорезывания зубов мудрости, не зависимо от челюсти, должен был достаточный объёма костной ткани в области зубов мудрости для их прорезывания, а также отсутствие снижения высоты альвеолярного отростка (части) челюстей.

Костина И.Н.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СТАЦИОНАРА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Введение. Лечебно-диагностическая помощь стоматологическим пациентам в Российской Федерации (РФ) оказывается в поликлинических и стационарных медицинских организациях при наличии медицинских кадров, соответствующего лекарственного и материально-технического обеспечения. Оказание медицинской помощи пациентам осуществляется на базе действующих законов РФ, нормативно-правовых актов, юридических, финансовых документов. Современное реформирование здравоохранения РФ направлено на оптимизацию процессного подхода оказания медицинской помощи и сопровождается сокращением коечного фонда стационаров, изменением штатного расписания, переходом на новую систему финансирования и оплаты труда медицинских работников. Изменение структуры стоматологической службы РФ за последние 10 лет требует статистической оценки динамики имеющихся изменений в структуре заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Цель исследования – оценить эпидемиологические аспекты патологии ЧЛО на примере Свердловской области.

Задача исследования - изучить структуру заболеваний по данным отделения челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) стационара за десятилетний период.

Материалы и методы: проведен анализ годовых отчетов о работе отделения ЧЛХ СОКБ № 1 г.Екатеринбурга в 2005, 2006, 2015, 2016 гг. Изучены ряд показателей: количество пролеченных больных, количество выполненных операций, хирургическая активность, пролеченные нозологические формы согласно МКБ-10.

Основные результаты: на базе СОКБ № 1 в 2005-2006 гг. функционировало отделение ЧЛХ на 60 коек, в штате состояло 6 врачей. Пролечено 1516 больных в 2005 г. и 1603 больных в 2006 г., выполнено 1510 и 1481 операций соответственно. Хирургическая активность составила 86,5% в 2005 г. и 84,6% в 2006 г. Среди госпитализиро-

ванных пациентов флегмоны диагностированы в 13,1% и 17,0% случаев соответственно, переломы – в 19,7% и 16,6% соответственно, осложнения травм – 20,7% и 18,7% соответственно, опухоли - 12,9% и 13,5% соответственно.

В 2015-2016 гг. на базе СОКБ № 1 функционирует отделение ЧЛХ на 15 коек, в штате состоят 3 врача. Пролечено 566 больных в 2015 г. и 544 больных в 2016 г., выполнено 560 и 540 операций соответственно. Хирургическая активность составила 98,9% в 2015 г. и 99,3% в 2016 г. Среди госпитализированных пациентов флегмоны диагностированы в 33,2% и 17,5% случаев соответственно, переломы – в 12,7% и 10,8% соответственно, осложнения травм – 13,3% и 11,6% соответственно, опухоли - 36,7% и 43,6% соответственно.

Заключение. За последние 10 лет произошло сокращение коечного фонда в отделении ЧЛХ СОКБ № 1 в 4 раза, штата врачей в 2 раза. Количество госпитализированных больных сократилось в 2,8 раза. Хирургическая активность увеличилась, за счет госпитализации пациентов, которым необходима специализированная медицинская помощь. Остальные пациенты получают лечение амбулаторно в стоматологических поликлиниках по месту жительства. В 2015 г. количество пациентов с флегмонами ЧЛО несколько превысило показатель за другие годы, но в 2016 г. показатель не превышал значения 10-летней давности. Уменьшилось количество пациентов с переломами лицевых костей и осложненным течением травм. Отмечена тенденция увеличения госпитализации пациентов с доброкачественными опухолями ЧЛО для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Представленные данные отражают современную тенденцию изменения структуры патологии ЧЛО в отделении ЧЛХ стационара в связи с продолжающимся реформированием здравоохранения РФ и изменением стратегии его развития на период до 2025 г.

Красиков А.В., Гребнев Г.А., Чернегов В.В., Гук В.А.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КОСТЕЙ ЛИЦА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Высокий рост травматизма и увеличение удельной доли тяжелых травм лица диктует в настоящий момент необходимость единого комплексного подхода и рациональной хирургической тактики в оказании неотложной помощи.

Политравма характеризуется развитием угрожающим жизни состояния, кровопотерей, острым нарушением водно-электролитного обмена, асфиксией, шоковым состояние и массивным разрушением костного скелета с повреждением мягких тканей.

Отсутствие в стране единого подхода к лечению пострадавших с патологией костей лица и черепа приводит к резкому увеличению числа больных с посттравматическими деформациями, дефектами, нередко к их инвалидности и смерти

При оказании специализированной помощи при сочетанных переломах встречаются определенные трудности. До сих пор нет единого мнения о сроках и методах иммобилизации отломков. Особенно сложно решается этот вопрос, когда речь идет о сочетании перелома челюстей с черепно-мозговой травмой. Многие авторы считают, что в зависимости от тяжести состояния пострадавшего лечебную иммобилизацию отломков челюстей следует отложить на 3—5 дней (даже до 2-3 недель), ограничивая до этих сроков оказание помощи наложением транспортной иммобилизации. Между тем, для того чтобы вывести пострадавшего из тяжелого состояния, нужно как можно скорее добиться ликвидации болевой импульсации из очагов повреждений, из какой бы области тела они не исходили. Следовательно, возможно более ранняя надежная иммобилизация отломков челюстей не только послужит средством профилактики в последующем различных осложнений, но и явится мероприятием по борьбе с шоком.

При тяжелой сочетанной травме отмечается наличие «синдрома взаимного отягощения», когда опасность каждого повреждения намного увеличивается при совместном сосуществовании. Правило «золотого часа», адекватность реанимационных мероприятий играет первостепенную роль в неотложных мероприятиях. Сюда же следует отнести и ранние диагностические мероприятия в полном объеме с привлечением широкого круга специалистов

В Военно-Медицинской Академии им. С.М. Кирова при оказании помощи формируются хирургические бригады по предназначению. В зависимости от степени компенсации и периода травматической болезни изменяется объем хирургического пособия. Выполняется алгоритм запрограммированной многоэтапной хирургической тактики лечения повреждений челюстно-лицевой области («damagecontrol») - стратегии оказания хирургической помощи при тяжелых и крайне тяжелых ранениях и травмах как на войне, так и в условиях мирного времени

Среди применяемых методов иммобилизации все чаще используется в остром периоде внеочаговый остеосинтез с использованием спиц Киршнера, КДА. Такие методы не отягощают состояние больного при травматическом шоке. В острый период не ставится задача точной репозиции, необходимо добиться только фиксации отломков.

После выведения больного из шокового состояния наступает второй этап хирургического лечения, когда необходимо добиться точного сопоставления отломков и создать условия для консолидации переломов.

Таким образом, малоинвазивный остеосинтез костей лица спицами Киршнера при политравме является актуальным и в настоящее время, позволяет сократить сроки репаративного остеогенеза костной ткани, обеспечить раннюю фиксацию отломков.

Кубышкина К.П., Олейник О.И., Кунин А.А., Сущенко А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «ВЕКТОР» С ОЗОНИРОВАННОЙ ВОДОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение. Разработка альтернативных методов лечения заболеваний пародонта, исключающих или минимизирующих медикаментозное воздействие на организм человека, является актуальной. Целесообразность применения современных ультразвуковых технологий с озонотерапией, обладающей выраженной антимикробной активностью, этиопатогенетически обусловлена, что позволяет эффективно их использовать на различных этапах пародонтологического лечения.

В этой связи **целью нашего исследования** явилось повышение эффективности комплексного лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени путем применения аппарата VECTOR с озонированной водой. Для ее достижения были поставлены следующие **задачи**: 1) разработать методику применения аппарата VECTOR и озонированной воды («V + O_3») в комплексной терапии пародонтита; 2) изучить динамику клинических и лабораторных показателей состояния пародонта при использовании VECTOR – терапии с озонированной водой и традиционных методик в лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени.

Материал и методы исследования. В серии клинико- лабораторных исследований изучен материал, полученный при обследовании и лечении 91 пациента контрольной группы (применялась VECTOR-терапия с озонированной водой) и 60 пациентов группы сравнения (1 подгруппа, где использовалась традиционная VECTOR -терапия и 2 подгруппа, в которой применялась озонированная вода для орошений, инстилляций) с хроническим пародонтитом средней степени в возрасте от 19 до 70 лет. Озонирование дистиллированной воды проводили озонатором УОТА-60-01 «Медозон».

Основные результаты. Оценка эффективности проведенного лечения проводилась на основании результатов клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследования в ближайшие (7-е сутки, 14-е сутки) и отдаленные сроки (3 месяца, 6 месяцев и 1 год). Устранение воспаления и кровоточивости десен у пациентов основной группы проходило в день посещения или на следующие сутки, что подтверждалось данными расширенной гингивоскопии. В эпикризе было отмечено достижение ремиссии заболевания в течение одного года. Через год после лечения индекс гигиены (ИГ) соответствовал уровню хорошей гигиены полости рта, ИГ групп сравнения был средним и характеризовался как удовлетворительный. РМА у пациентов основной группы был ниже на 42,7% и на 44,1% , чем у пациентов 1-й и 2-й подгрупп сравнения соответственно. Пародонтальный индекс был ниже, чем в первой подгруппе сравнения на 31,8% и на 40%, чем во второй. По данным цито-бактериоскопии в основной группе выявлена положительная динамика в плане нормализации цитологических показателей, быстрая положительная динамика микробиологического мониторинга по сравнению с данными у пациентов групп сравнения.

Заключение. Таким образом, использование разработанного метода лечения способствует повышению эффективности терапии хронического генерализованного пародонтита, увеличению сроков ремиссии без рецидивов, купированию воспалительного процесса в тканях пародонта в короткие сроки, кроме того применение данного способа лечения является альтернативным у лиц, не переносящих фармакотерапию и имеющих в анамнезе другие сопутствующие заболевания.

Паршин Ю.В., Волковой О.А.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЩАДЯЩЕГО МЕТОДА ИМПЛАНТАЦИОННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург
Новгородский Государственный Университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород

Введение. Применение комплекта имплантатов для оптимизации фиксации нижнего полного съёмного протеза нижней челюсти часто недоступно для большинства лиц пожилого и старческого возраста. Внедрение одиночного имплантата по средней линии нижней челюсти может стать альтернативой для пожилого пациента при наличии у него сложной клинической картины. В настоящее время не описано способов и устройств, служащих для измерения силы и оценки качества фиксации полного съёмного протеза нижней челюсти с опорой на имплантаты.

Цель исследования. Инструментальная оценка качества фиксации полного съёмного протеза нижней челюсти, опирающегося на одиночный имплантат.

Задачи исследования. Определение силы ретенции и стабилизации полного съёмного протеза нижней челюсти, опирающегося на одиночный имплантат. Сравнение показателей силы фиксации съёмного протеза к протезному ложу до и после внедрения имплантата.

Материал и методы. Объектом исследования стали 10 человек (4 мужчины и 6 женщин) в возрасте от 60 до 87 лет (средний возраст которых составил 77,8 лет) с диагнозом: «полная потеря зубов на нижней челюсти». Всем пациентам были внедрены имплантаты по средней линии в передний отдел нижней челюсти. Через 4 месяца после операции имплантации проводили протезирование нижней челюсти полной съёмной замещающей конструкцией с опорой на одиночный имплантат. Через 3 месяца после протезирования проводили оценку качества фиксации съёмного протеза с опорой на одиночный имплантат устройством, разработанным совместно с лабораторией «НМСТ» СПбПУ им. Петра Великого. Качество фиксации съёмного протеза с опорой на одиночный имплантат сравнивали с показателями силы фиксации полных съёмных протезов у пациентов до проведения имплантации.

Результаты. Оценка качества фиксации съёмного протеза нижней челюсти до проведения имплантации показала, что сила ретенции протеза в среднем составила 563,1 ± 45 г, сила стабилизации – 398,8 ± 32 г. Сила ретенции съёмного протеза с опорой на одиночный имплантат в среднем составила 1480,5 ± 95 г, сила стабилизации – 840,6 ± 70 г. Показатели силы ретенции съёмного протеза, опирающегося на одиночный имплантат, увеличились в 2,7 раза, а стабилизации в 2,2 раза в сравнении с фиксацией полного съёмного протеза до внедрения имплантата.

Заключение. Фиксация полных съёмных протезов нижней челюсти при использовании одиночного имплантата существенно улучшилась в сравнении с традиционным способом протезирования. Предлагаемое устройство позволяет провести объективное сравнительное измерение степени ретенции и стабилизации как при традиционном (банальном), так и при имплантационном протезировании с применением разного количества имплантатов и разных типов имплантационных замковых креплений.

Кувшинова А.К.

ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПРИОБРЕТЁННЫХ ДЕФЕКТАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Лечебно-реабилитационный клинический центр Министерства обороны Российской Федерации, Москва

Важной задачей современного военного здравоохранения является реабилитация раненых и пострадавших в локальных вооруженных конфликтах, при террористических актах, а также при массовых стихийных бедствиях (Ю.Л. Шевченко, 2002). В вооруженных конфликтах часто страдает челюстно-лицевая область (А.С. Гук, 2009; Д.Ю. Мадай, 2013). Это требует выполнения не только неотложных хирургических вмешательств (Г.И. Прохватилов, 2008), направленных на устранение угрожающих жизни осложнений ранений и травм лица, но и последующих реабилитационных мероприятий (Г.А. Гребнев и соавт., 2009).

Как в мирное, так и военное время, основными причинами дефектов и деформаций верхней челюсти, являются травмы (огнестрельные и неогнестрельные) и различные заболевания и патологические процессы: остеомиелиты, специфические воспалительные процессы, доброкачественные и злокачественные новообразования, лейкозы, нома, эпулиды, последствия лучевой терапии или хирургических вмешательств и др. (А.К. Иорданишвили, 2007, 2008).

Большинство специалистов, углубленно занимавшихся совершенствованием методов устранения дефектов верхней челюсти в нашей стране, указывают, что больные с дефектами верхней челюсти встречаются часто как в военное, так и в мирное время. В период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. огнестрельные дефекты только твердого нёба составили до 11% всех ранений лица (Д.А. Энтин, 1945; Д.Е. Танфильев, 1951). В мирное время в СССР дефекты верхней челюсти в основном являлись следствием обширных хирургических вмешательств, главным образом резекции челюсти по поводу злокачественных новообразований, и лишь в 2% случаев являются следствием огнестрельных ранений (М.А. Слепченко, 1974). В настоящее время огнестрельные ранения стали встречаться значительно чаще, что связано с локальными вооруженными конфликтами на территории бывшего СССР (А.В. Лукьяненко, 1995). Ранее установлена частота применения различных видов операций в специализированных клиниках челюстно-лицевой хирургии при лечении больных со злокачественными образованиями верхней челюсти: полная резекция верхней челюсти (58%), резекция верхней челюсти в сочетании с экзентерацией глазницы, удалением мягких тканей и т.д. (29%), резекция обеих верхних челюстей или частичная резекция верхней челюсти (альвеолярного, нёбного или обоих отростков), соответственно, применяемые в 8 и 5% случаев соответственно (М.А. Слепченко, 1974).

Анализ данных литературы показал, что совершенствование методов ортопедического возмещения дефектов верхней челюсти шло по пути улучшения конструкции и функциональной ценности как непосредственных, так и постоянных протезов, используемых в различные сроки после хирургических вмешательств (Д.А. Энтин, 1921; А.Я. Катц, 1927; А.И. Степанов, 1957; Я.М. Збарж, 1959; И.М. Оксман, 1965; М.А. Слепченко, 1974; Б.К. Костур, В.А. Миняева, 1985, и др.).

За последние годы появилось много новых стоматологических, в том числе конструкционных материалов. Поэтому представляется практически значимым исследовать возможность их применения для реабилитации раненых и пострадавших, получивших травму лица. В работе анализируется алгоритм оказания стоматологической ортопедической помощи таким больным. Опыт практической работы по устранению дефектов и деформаций верхней челюсти ортопедическими методами показал, что для описания дефектов верхней челюсти в зависимости от клинической картины наиболее целесообразно использовать в клинической практике классификацию М.А. Слепченко (1974) или классификацию Л.В. Горбаневой-Тимофеевой с дополнениями Б.К. Костур и В.А. Миняевой (1985). Подчеркивается, что основные мероприятия по непосредственной и этапной их ортопедической реабилитации, их объем вместе со схемой всего лечения должны планироваться в догоспитальном периоде. Одним из элементов подготовки таких больных к оперативным вмешательствам считают изготовление непосредственных этапных конструкций, которые на основе их коррекции в послеоперационном периоде могут служить функциональным протезом на следующем этапе, что обеспечивает условие преемственности. Необходимость изготовления новых зубных или зубочелюстных протезов у больных с дефектами и деформациями верхней челюсти обычно связана с нарушением их фиксации, ухудшением обтурирующих свойств или проведением очередного хирургического вмешательства (рецидив новообразования, возмещение имеющегося дефекта верхней челюсти хирургическим методом и т.п.).

Кунин А.А., Панкова С.Н., Кумирова О.А., Лунина Н.А., Азарова О.А.

ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАЛЬНЫХ ГИНГИВИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение. Разработка новых методов лечения катаральных гингивитов с использованием физиотерапии, у пациентов с отягощенным аллергическим статусом, остается актуальной на сегодняшний день.

Цель. Использование инфракрасного лазера и светового модулированного излучения у пациентов с наличием в анамнезе аллергии на медикаменты при лечении катаральных гингивитов.

Задача исследования. Провести клиническую оценку и эффективность лечения катаральных гингивитов модулированным светодиодным излучением от аппарата «Светозар» и инфракрасным лазером «УЛОКС» (устройство локального облучения красным светом).

Материал и методы. Использовался прибор лазерной и фотомедицины аппарат «Светозар» (длина волны 628 нм, ширина спектра излучения 10 нм, частота импульсной модуляции 76 Гц, большая скважность импульсной модуляции, мощ-

ность излучения 6 мВт) и аппарат «Улокс» (длина волны излучения - 665 нм; модуляция излучения 100 Гц; выходная мощность до 4 мВт.). Проведено лечение катарального гингивита у 30 пациентов в возрасте 18-20 лет. В первой группе (15 пациентов) применяли аппарат «Светозар», во второй группе (15 пациентов) – аппарат «УЛОКС». На фоне профессиональной гигиены в обеих группах проводили облучение десневых сосочков по 2 минуты на 1 поле. Курс лечения 5-6 процедур, повторный курс через полгода. Контроль над эффективностью осуществлялся до и после лечения с использованием цитобиологического метода исследования десневой жидкости с количественным подсчетом микроорганизмов и клеточного состава.

Основные результаты. При использовании инфракрасного лазерного и модулированного светодиодного излучения происходило значительное снижение количества эпителиальных клеток и лейкоцитов. Так при использовании модулированного светодиодного излучения содержание эпителиальных клеток в соскобе из десневой борозды снижалось от 13 ± 0,4 в п/з до 2 ± 0,2, лейкоцитов от 47 ± 0,3 в п/з до 5 ± 0,4 после 5 процедур. Такая же тенденция наблюдалась и при использовании инфракрасного излучения, но терапевтический эффект наблюдался после 8 процедур.

Заключение. Таким образом, установлено, что при применении модулированного светодиодного излучения от аппарата «Светозар» и инфракрасного лазера «УЛОКС» (устройство локального облучения красным светом) при лечении катаральных гингивитов, на фоне осуществления профессиональной гигиены полости рта, наступает клиническое выздоровление от 5-и до 8–и процедур, что подтверждается клиническими и лабораторными методами исследования. Данный метод лечения может быть рекомендован пациентам с наличием у них в анамнезе аллергии на лекарственные препараты.

Никитенко В.В., Ковалевский А.М., Латиф И.И.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛЕТНОГО СОСТАВА ВЕРТОЛЕТНОЙ АВИАЦИИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Заболевания пародонта существенно влияют на здоровье военнослужащих вертолетной авиации и их боеспособность. Повышенная распространенность заболеваний тканей пародонта летного состава сопряжена с негативным воздействием факторов полета на организм военнослужащих при выполнении ими профессиональных обязанностей.

Цель исследования: Изучить распространенность болезней пародонта среди летного состава вертолетной авиации.

Материалы и методы исследования. Для изучения частоты поражаемости тканей пародонта у летчиков вертолетной авиации проведено обследование четырех групп военнослужащих. В первую группу были включены 52 военнослужащих лётного состава в возрастной категории от 22 до 35 лет, во вторую – 51 летчик в возрасте от 36 до 60 лет. Военнослужащие этих групп подвергаются систематическому воздействию общей вибрации. Третья и четвертая группы – контрольные группы, включившие соответственно 43 и 47 военнослужащих того же возраста, не подвергающихся воздействию вибрации. Осматривали полость рта, используя стоматологическое зеркало и градуированный пародонтальный зонд. При обследовании военнослужащих использовали индекс гигиены (ИГ) Ю.А. Федорова – В.В. Володкиной (1968), индекс кровоточивости SBI по Muhlemann H.R., Son S. (1971), индекс PMA (Parma, 1960), индекс OHI-S (Green J., Vermillion J. (1964), определяли йодное число Свракова и комплексный периодонтальный индекс (КПИ) П.А. Леуса (1988).

Результаты исследования. При проведении цифрового анализа полученного материала было выявлено, что структура заболеваний в первой группе военнослужащих, которые подвергались систематическому воздействию общей вибрации, достоверно выше, чем в третьей, контрольной группе, распространенность пародонтита (29,4±2,6% и 3,5±0,7%, $p < 0,001$), также была выявлена заболеваемость пародонтозом у 1,9±0,8% обследованных ($p < 0,05$), в отличие от контрольной группы, при снижении распространенности гингивита (43,7±2,8% и 59,3±1,8%, $p < 0,001$). При этом, среди летного состава второй группы, подвергавшегося воздействию общей вибрации, значительно выше, чем у летчиков контрольной четвертой группы, оказались следующие показатели: распространенность пародонтита (71,4±4,8% и 25,0±4,5%, $p < 0,001$) и пародонтоза (12,5±3,6% против 2,2±1,5%, $p < 0,01$), и достоверно ниже -показатели распространенности гингивита (14,8±3,8% против 72,5±4,7%, $p < 0,001$).

При обследовании были выявлены пародонтальные карманы глубиной более 5 мм у 15,9±5,4%

военнослужащих второй группы, подвергавшихся воздействию общей вибрации, что существенно выше ($p<0,001$), чем в четвертой, контрольной группе (8,7±3,0%).

Пародонтальные карманы были диагностированы на фоне местных травмирующих факторов, таких как аномальное положение зубов или низкое прикрепление уздечки верхней и нижней губы. В первой и третьей группах пародонтальные карманы не обнаружены. Не выявлено достоверного отличия между обследованными второй и четвертой групп в отношении патологической подвижности зубов I степени (в контрольной группе – в 20,6±4,2%, в основной – в 30,7±5,0% случаев, $p>0,05$).

Вывод. Установлено достоверное повышение показателей распространенности пародонтита и пародонтоза (при снижении показателя распространенности гингивита) среди военнослужащих лётного состава вертолётной авиации по сравнению с военнослужащими контрольной группы.

Лобейко В.В.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ ПАТОЛОГИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Заболевания слюнных желёз встречаются часто. Вместе с этим не исследован стоматологический статус лиц старших возрастных групп, страдающих различными заболеваниями слюнных желёз.

Цель исследования – оценить состояние стоматологического здоровья у пожилых и старых людей, страдающих различной патологией слюнных желёз.

Обследовано 118 (17 914,41%) мужчин и 101 женщина (85,59%) женщин) человек в возрасте от 53 до 79 лет, страдающих синдром «сухого рта». При осмотре пациентов уделяли основное внимание сбору анамнеза и жизни пациентов для уточнения причин, обусловивших возникновение синдрома «сухого рта», а также проводили оценку стоматологического статуса на основании изучения твёрдых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта и языка (СОПРиЯ). В контрольную группу вошли 370 (114 (30,81%) мужчин и 256 (69,19%) женщин) в возрасте от 61 до 88 лет, которые не страдали гипосиалией.

В ходе исследования было установлено, что у людей контрольной группы частота встречаемости кариеса составила 89,63%. Интенсивность кариеса (показатель КПУ) составила 16,27 (К=1,84; П=3,55; У=10,88). Некариозные поражения зубов (клиновидные дефекты, повышенная стираемость или гиперестезия твёрдых тканей зубов) определялись у 329 (40,12%) чел., при этом у 276 (83,89%) из них отмечалось сочетание различных форм некариозных поражений зубов. В лечении и протезировании зубов нуждалось, соответственно, 735 (89,63%) и 772 (94,15%) чел. При этом показатель УСП=35,12%, что характеризовала уровень оказания стоматологической помощи как недостаточный.

У лиц, страдающих синдромом «сухого рта» на фоне сиалоза, а также лучевой или медикаментозной сиалоаденопатии, очевидно, за счёт гипосиалии, которая характерна для указанных заболеваний, выявлена наиболее неблагоприятные показатели ($p\leq0,05$), характеризующие состояние твёрдых тканей зубов. Так, у всех людей, страдающих указанными заболеваниями слюнных желёз отмечена 100% частота кариеса. При этом показатель КПУ при сиалозах, лучевой и медикаментозной сиалоаденопатии составил, соответственно, 20,06 (К=3,18; П=1,05; У=15,83); 21,13 (К=3,56; П=2,18; у=15,39) и 19,86 (К=2,93; П=3,11; У=13,82). Некариозные поражения у пациентов этих пациентов, страдающих синдромом «сухого рта» диагностировались, соответственно, в 86,21%, 100% и 92,59% случаев. Сочетание различных форм некариозных поражений отмечено у этих лиц, соответственно, в 78,86%, 84% и 100% случаев. Все пациенты, страдающие синдромом «сухого рта» при патологии слюнных желёз нуждались в лечении и протезировании зубов. У них также отмечен, согласно показателей УСП, недостаточный уровень стоматологической помощи (УСП=26,13% – 29,23%).

Анализ пародонтологического статуса у лиц контрольной группы показал, что частота встречаемости хронического генерализованного пародонтита (ХГП) и пародонтоза составила, соответственно, 61,53% и 1,46%; индекс КПИ=2,64±0,73, что соответствовало средней степени тяжести течения патологии пародонта. При этом лёгкая степень течения ХГП диагностирована у 46 (6,28%), средняя – у 733 (89,39%) чел., тяжёлая – у 236 (32,2%) чел. У 65 (7,93%) чел. выявлена полная утрата зубов. Из осмотренных контрольной группы 687 (83,78%) чел. нуждались в снятие отложений зубного камня. Положительная проба Шиллера-Писарева определялась у 721 (87,93%) чел., а индекс гигиены полости рта составил 1,97±0,16 усл. ед., что соответствовало удовлетворительному уровню.

У людей, страдающих синдромом «сухого

рта» заболевания пародонта протекали тяжелее (p≤0,01). Так, у лиц, страдающих сиалозами, лучевыми или медикаментозыми сиалоаденопатиями дистрофической патологии пародонта не выявлено. Частота встречаемости у этих лиц ХГП составила, соответственно, 100%, 100%, 100% и 88,89%. При этом у них чаще диагностировались ХГП средней или тяжелой степени тяжести, что подтверждалось высокими показателями индекса КПИ в этих группах который, соответственно, составил 3,72±0,56, 3,81±0,43, 3,12±0,50, 3,62±0,86 усл. ед.. Это свидетельствовало о тяжёлой степени поражения пародонта у лиц, страдающих синдромом «сухого рта». Гигиена полости рта у пациентов, страдающих синдромом «сухого рта» была неудовлетворительной при индексе гигиены полости рта 2,13 - 2,41 усл. ед. Также у этих лиц выявлялась положительная проба Шиллера-Писарева и высокая нуждаемость в снятии зубных отложений, а именно от 88,89 до 100% случаев. Очевидно, что у лиц, страдающих сиалозами, лучевыми или медикаментозыми сиалоаденопатиями наличие синдрома «сухого рта» существенно ухудшает течение патологии пародонта из-за нарушения самоочищения, уменьшения количества и повышения вязкости слюны. Поэтому при указанной патологии следует шире использовать у лиц старших возрастных групп методы лечения, направленные на увеличение количества и улучшение свойств слюны.

Лунина Н.А., Сущенко А.В., Великая О.В, Панкова С.Н.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБАЛАНСА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА α-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение. В формировании и прогрессировании пародонтита активное участие, как ключевые медиаторы воспаления, принимают цитокины. В десневой жидкости на участках, где произошла потеря прикрепления десны и костной ткани, увеличивается количество TNF-α. Иммунный дисбаланс при пародонтите взаимосвязан с другими нарушениями гомеостаза в макроорганизме. Актуальным является коррекция дисбаланса в системе про- и противовоспалительных цитокинов путём применения патогенетической терапии.

Цель: изучить влияние препарата α–липоевой кислоты на цитокиновый статус у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с инфильтративным туберкулёзом лёгких.

Задачи исследования: 1. Изучить влияние препарата α-липоевой кислоты на провоспалительные цитокины десневой жидкости; 2. Изучить влияние препарата α-липоевой кислоты на противовоспалительные цитокины десневой жидкости.

Материалы и методы. В программу исследования вошли 50 больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), протекавшим на фоне инфильтративного туберкулёза лёгких (ИТЛ). В основную группу вошли 25 пациентов с ХГП и ИТЛ, которые в комплексном лечении получали препарат α-липоевой кислоты «Октолипен» («Фармстандарт-УфаВИТА», Россия) в суточной дозе 600 мг внутрь в течение трёх месяцев. В группу сравнения вошли 25 больных с ХГП и ИТЛ, которым проводилась комплексная терапия без применения препарата α-липоевой кислоты. Уровень IL-1β, TNFα и IL-4 определяли с помощью диагностических тест-систем в коммерческих лабораториях г. Воронежа. Для определения IL-1β и IL-4 использовали тест-системы «Вектор-Бест», для TNFα – α-TNF-ИФА-Бест.

Основные результаты. Динамика уровня IL-1β выявила достоверное уменьшение этого цитокина в десневой жидкости больных ХГП в сочетании с ИТЛ через 3 месяца лечения как в основной группе, так и в группе сравнения. Вместе с тем у пациентов, принимавших в комплексном лечении препарат α–липоевой кислоты, уровень интерлейкина IL-1β снизился до 4,1±1,3 пг/мл, что достоверно ниже (p<0,05), чем в группе сравнения. Исследование уровня TNF-α выявило достоверное снижение этого цитокина в десневой жидкости больных ХГП в сочетании с ИТЛ через 3 месяца лечения как в основной группе, так и в группе сравнения. Так же у пациентов, принимавших в комплексном лечении препарат «Октолипен», уровень цитокина TNF-α снизился до 17,4±2,3 пг/мл, что достоверно ниже (p<0,05), чем в группе сравнения. Динамика уровня IL-4 выявила достоверное уменьшение этого цитокина в десневой жидкости больных ХГП в сочетании с ИТЛ через 3 месяца лечения как в основной группе, так и в группе сравнения. Вместе с тем у больных, принимавших в комплексном лечении препарат α – липоевой кислоты, уровень интерлейкина IL-4 снизился до 27,1±1,1 пг/мл, что достоверно ниже (p<0,05), чем в группе сравнения.

Заключение. Применение препарата α–липоевой кислоты в комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с ифильтративным туберкулёзом лёгких способствовало уменьшению количества провоспалительных и противовоспалительных цитокинов десневой жидкости.

Лысков Н.В., Коровин Н.В,
Иорданишвили А.К., Музыкин М.И.,
Сериков А.А., Жмудь М.В., Самсонов В.В.

ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛИТА РАЗЛИЧНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт- Петербург

Операция удаления зуба – наиболее часто выполняемое хирургическое вмешательство. После удаления зубов часто встречаются осложнения, особенно после удаления зубов мудрости на нижней челюсти. Это связано с особенностями анатомического строения их корней, ретенцией и (или) дистопией зуба мудрости, что усложняет выполнение хирургического вмешательства по их удалению, делая его более травматичным по отношению к мягкотканым и костным структурам челюстей. Среди осложнений операции удаления зуба чаще встречаются: луночковое кровотечение и альвеолит.

Проведено клиническое исследование по сравнительному изучению эффективности отечественных и зарубежных лекарственных средств, использующихся при лечении альвеолита после удаления нижних зубов мудрости. В исследовании приняли участие люди молодого и среднего возраста у которых возник альвеолит после выполнения операции удаления ретинированного и (или) дистопированного нижнего зуба мудрости по ортодонтическим показаниям или по поводу хронического периодонтита. В зависимости от использованного лекарственного средства для лечения альвеолита, которое применялось местно согласно инструкции производителя, пациенты были разделены на 5 групп исследования. В 1 группе для лечения альвеолита использовали пасту «Альвеожил» («Септодонт», Франция). Во 2, 3 и 4 группах для лечения альвеолита использовали, соответственно, губку гемостатическую коллагеновую с йодоформом «Альванес», «Бинт йодоформный марлевый для стоматологии», губку гемостатическую коллагеновую с линкомицином «Альванес» (ЗАО «ОЭЗ ВладМиВа», Россия). В 5 группе использован гель стоматологический «Холисал» («Ульфа А.О.», Польша). В 6 и 7 группах для лечения альвеолита применяли, соответственно «Аргаол» и «Герпенокс». Сравнительную оценку эффективности лекарственных средств при альвеолите осуществляли с учётом степени тяжести течения альвеолита времени исчезновения болевого синдрома, срока замещения лунок грануляционной тканью, средних сроков временной нетрудоспособности пациентов и количества посещений, необходимых для купирования основных симптомов альвеолита.

В ходе исследования отмечена тенденция к раннему заживлению лунок с учётом уменьшения степени тяжести альвеолита, не зависимо от исследуемой группы. Показано, что все апробированные материалы были эффективны при лёгкой и средней тяжести альвеолита и позволяли купировать болевой синдром в течение первых часов или суток и добиться заполнения лунок грануляционной тканью за 8 – 14 дней при среднем сроке временной нетрудоспособности 1,1 – 2,8 суток и среднем числе посещений 1,1 – 2,7. При тяжёлых формах альвеолита наибольший лечебный эффект наступал при использовании йодоформ-содержащих лекарственных средств губку гемостатическую коллагеновую с йодоформом «Альванес» или «Бинт йодоформный марлевый для стоматологии».

Мадай Д.Ю., Головко К.П., Самохвалов И.М.,
Гребнев Г.А., Мадай О.Д., Красиков А.Ю.

ПРОГРАММИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Согласно данным В.Е. Парфенова и Д.Ю. Мадай 2013 г. удельный вес огнестрельных ранений ЧЛО в г. Санкт-Петербурге составляет порядка 18%. Среди этих пострадавших под нашим наблюдением находились 22 раненых в ЧЛО. Из них ранения огнестрельного оружия ограниченного поражения (ОООП) составили – 11 наблюдений; ПМ – 2; минно-взрывные и осколочные ранения -3; охотничье оружие – 2; пневматическое оружие – 2; сигнальной ракетой – 1. У 11 раненых имелись множественные повреждения головы и сочетанные повреждения других областей. Для изучения характера повреждения ЧЛО нанесенного ОООП

был проведен эксперимент на 7 биообъектах (свиньях) с последующим изучением структурных изменений костной ткани при помощи сканирующий электронной микроскопии.

У 4 раненых в ЧЛО (2 получивших ранение из охотничьего оружия, 1 с минно-взрывным ранением и 1 – сигнальной ракетой) отмечались асфиксия на догоспитальном этапе, что потребовало выполнения трахеостомии по неотложным показаниям при поступлении. Исчерпывающую диагностику повреждений лицевого скелета у 18 раненых обеспечило выполнение компьютерной томографии, у 5 раненых было выполнено УЗИ данной области. 8 раненым потребовалось лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии с использованием ИВЛ современными аппаратами, микробиологического мониторинга, санационной бронхоскопии. У 4 раненых с повреждением средней зоны лица при выполнении ПХО применялась эндовидеоподдержка. 5 раненым имевшим переломы нижней челюсти использовался внеочаговый остеосинтез в аппарате Рудько, который впоследствии был заменен на стержневой компрессионно - дистаракционный аппарат (КДА).

Летальных исходов среди данной группы раненых не было. Наиболее тяжелым оказался раненый с черепно-лицевым повреждением. В процессе лечения у раненого отмечены инфекционные осложнения в виде: менингоэнцефалита, пансинусита, двухсторонней пневмонии и слизисто-гнойный эндобронхит. У 1 раненого с сочетанным ранением головы, шеи, конечностей, из ПМ - развился огнестрельный остеомиелит нижней челюсти. У 3 раненых, с огнестрельными дефектами лицевого скелета и обширными повреждениями мягких тканей, потребовали повторных госпитализаций для выполнения реконструктивных вмешательств.

Обобщая полученный опыт, следует отметить, особенности структуры и лечения ранений ЧЛО мирного времени:

- ранения наносятся преимущественно из низкоскоростного оружия (ООПП, пистолеты, охотничьи ружья), а частота встречаемости достигает 18% в 3 раза выше, чем во время боевых действий;

- для ранений нанесенных ООПП характерен многооскольчатый характер переломов костей лицевого скелета и структурные изменения костной ткани характерные для зоны «молекулярного сотрясения», следовательно первичная хирургическая обработка должна осуществляться с соблюдением всех классических этапов;

- перспективным является применение всех современных методов лечения хирургии повреждений (ИВЛ современными аппаратами, микробиологический мониторинг, санационные бронхоскопии, эндовидео - и микрохирургия, стержневые КДА);

- лечение раненных в ЧЛО, которые в половине случаев имеют сочетанный характер и множественные повреждения других отделов головы, целесообразно осуществлять в многопрофильных специализированных учреждениях.

Матина В.Н., Кардашева Я.Р.

РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. Несмотря на внедрение высокотехнологичных методов, проблема диагностики патологий слюнных желез, остается актуальной. Так, такие заболевания, как хронические сиалоадениты, сиалозы, опухоли имеют сходную клиническую картину: припухлость в проекции слюнной железы, болезненность, снижение слюноотделения.

Цель и задачи исследовании. Определение роли морфологических исследований в дифференциальной диагностике заболеваний слюнных желез.

Материалы и методы. На базе клиники челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова в период с 2014 по 2016 год был проведен анализ оперативных лечебных и диагностических вмешательств, результатов морфологических исследований и совпадения диагнозов.

Основные результаты.Всего было проанализировано 150 клинических случаев, когда предоперационный диагноз требовал уточнения. Из них 8 пациентов с диагнозом синдром Шегрена? 58 с диагнозом Новообразование слюнной железы? Хронический сиалоаденит? (54 с патологией ОСЖ, 4 с патологией ПСЖ). При патологии ПСЖ морфологическое исследование выявило лимфому в 1 случае, плеоморфную аденому в двух, и эпидермоидную кисту в одном случае. Послеоперационный диагноз при патологии ОСЖ после морфологического исследования: плеоморфная аденома- 47, злокачественные опухоли- 4 случая. 8 случаях у пациентов с диагнозом направления синдром Шегрена (?) морфологические исследования не выявили характерной картины, только в двух случаях была осторожная формулировка – «нельзя исключить».

Заключение.Морфологическое исследование играет определяющую роль при опухолях для оценки объема проведенного лечения и прогноза дальнейшего течения заболевания. При синдроме Шегрена результаты морфологического исследования необходимо оценивать в комплексе с клиническими проявлениями и результатами иммунологических исследований.

Матчин А.А., Барков В.Н., Матчина О.И., Горбунова Л.Н., Шупляк Л.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Наиболее сложной и многочисленной группой пациентов, госпитализируемых в специализированные отделения и требующих неотложной помощи, являются больные с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, нередко сопровождающимися генерализацией процесса, гибелью больших массивов мягких тканей и развитием грозных осложнений. Для оптимизации алгоритма проведения комплексной терапии этому контингенту проанализированы результаты лечения больных за период с 1978 по 2016 гг. в клинике челюстно-лицевой хирургии Оренбургского государственного медицинского университет. Пролечено 60879 пациентов, из них 37928 (62,3%) по поводу воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. За данный период умерло 146 человек, в том числе 74 (50,7%) от гнойно-септических осложнений гнилостно-некротических флегмон дна полости рта и шеи и один пациент в связи с проведенным эндотрахеальным наркозом.

Успешность хирургического лечения обширных гнойно-воспалительных процессов зависит от строго соблюдения стандартизированного алгоритма обследования и хирургического вмешательства. Дежурная бригада врачей оценивает тяжесть заболевания, определяет масштаб, форму и фазу процесса, используется весь массив клинико-лабораторных данных. Пациенты консультируются смежными специалистами. Решается вопрос об анестезии и объеме предстоящего оперативного вмешательства и адекватном обеспечении дыхания во время операции и в раннем послеоперационном периоде. По показаниям осуществляется непрямая ларингоскопия, оценивается вероятность трудной интубации трахеи. Перед операцией вскрытия распространенных флегмон дна полости рта и шеи 57 пациентам была наложена трахеостома.

Хирургическое лечение включает раннюю и полноценную санацию гнойных очагов как основного фактора возникновения и дальнейшего прогрессирования гнойного процесса с максимальным иссечением некротизированных тканей как среды для персистирования микробов, полноценное дренирование ран для обеспечения оттока гноя и тканевого детрита. По показаниям лечение этих пациентов проводилось в отделении интенсивной терапии и реанимации и было направленно на улучшение гемодинамики (особенно в микроциркуляторном звене), предупреждение нарушений газообмена и метаболических процессов в тканях, улучшение функционального состояния печени, уменьшение опасности интоксикации. После хирургической санации гнойного очага назначалась адекватная антибактериальная химиотерапия. При этом пути введения препаратов выбирались с учетом гнойного очага и путей генерализации инфекции. По нашему мнению, неуменьшающееся в стране число пациентов с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области обусловлено в том числе и тем, что в России отсутствует государственная программа профилактики кариозной болезни. Бюджет и все другие источники финансирования в условиях многократного дефицита не способны оплачивать доступную и качественную стоматологическую помощь. Практически всему населению России приходится либо платить, либо доплачивать за качественное лечение у врача-стоматолога, что не способствует снижению уровня стоматологической заболеваемости россиян.

Матчин А.А., Стадников А.А., Клевцов Г.В., Носов Е.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНЫХ ГИСТОГЕНЕЗОВ ПРИ ЗАКРЕПЛЕНИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МИНИ ПЛАСТИНАМИ ИЗ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ТИТАНА

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург
Тольяттинский государственный университет, Тольятти

Совершенствования методов оперативного лечения больных с переломами костей лицевого скелета продолжает оставаться актуальной проблемой

челюстно-лицевой хирургии. Это диктует целесообразность экспериментального обоснования для использования новых конструкционных и функциональных материалов с целью закрепления отломков кости, отличающихся высокой прочностью, коррозионной стойкостью и биосовместимостью.

Проведены экспериментальные исследования на кроликах породы Шиншила массой 2,5-3 кг. Животные содержались в стандартных условиях вивария на полноценной диете. Эксперименты выполнены в соответствии с правилами лабораторной практики Российской Федерации (приказ МЗ РФ №267 от 19.06.2003 г.) и стандартом GLP. Кроликам под эфирным рауш-наркозом и инфильтрационной анестезией после скелетирования нижней челюсти производили остеотомию с последующим закреплением отломков мини пластиной и мини шурупами, изготовленными из наноструктурированного титана марки Grade-4. Животные выводились из опыта через 1-5 месяцев после остеосинтеза перелома. Фрагменты нижней челюсти в зоне перелома с окружающими мягкими тканями подвергались радиовизиограмме и однотипной гистологической обработке на светооптическом уровне (обзорные гистологические, гистохимические методы).

Патологические изменения костной ткани в зоне перелома на радиовизиограммах не определялись. Приготовленные препараты исследовались на лазерном конфокальном сканирующем микроскопе Lext OLS 4000 в Тольяттинском государственном университете. Изучение участков челюсти под увеличением в 400 раз выявило фрагменты костной ткани, плотно сросшихся с поверхностью мини шурупов. Наиболее отчетливо структура участков костной ткани на резьбовой поверхности видна в формате 3D. Проведенные морфологические исследования позволили получить данные о реактивных изменениях костных структур альвеолярного отростка кролика в области перелома. В зоне перелома выявлены явления неоостеогенеза с формированием балочных структур, включающих остеобласты, минерализуемый оссеомукоид, остеоциты и сосуды микроциркуляции. Отмечены участки резорбции костных структур со скоплением остеокластов. При этом резорбционные полости заполняются соединительной тканью, содержащей клетки фибробластического ряда, волокна и «пришлые клетки» (гранулоциты, лимфоциты). В некоторых случаях в участках резорбции альвеолярной кости формировались островки гиалиновой хрящевой ткани. Оценивая результаты экспериментально-морфологического исследования зоны контакта титановой мини пластины и мини шурупов можно сделать вывод о высоком интеграционном потенциале наноструктурированных изделий. Эти изделия (реконструктивные пластины, мини пластины, микро пластины, шурупы и прочие фиксаторы) можно рекомендовать для апробации в клинической практике для черепно-челюстно-лицевого остеосинтеза.

Матчин А.А., Суходолец С.Н.,
Матчина О.И., Барков В.Н., Носов Е.В.,
Егорова О.А., Касьянов Р.Е.,
Мухтаренкова О.В.

ФОРМИРОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ У ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург
Оренбургский областной клинический онкологический диспансер, Оренбург

Своевременная диагностика предраковых заболеваний и рака, адекватное их лечение представляют реальную основу профилактики рака головы и шеи и улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения. Наш опыт свидетельствует, что только тщательный сбор анамнеза, оценка жалоб и полноценное обследование каждого больного, обратившегося к врачу любой специальности, поможет своевременно диагностировать предраковые заболевания и рак на ранних стадиях. Анализ историй болезни 200 больных со злокачественными опухолями органов полости рта, перенесших комбинированное лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии ОрГМУ, показал, что в 37% наблюдений специальное лечение было начато через 1-2 месяца от появления первых симптомов заболевания, в 42% наблюдений несоответствующее характеру заболевания лечение или простое наблюдение продолжалось 3-4 месяца, а в 21% - свыше 4-х месяцев.

По данным официальной онкологической статистики в популяции Оренбургской области за период с 2005 г. по 2016 г. впервые в жизни диагноз злокачественного новообразования губы (С00, МКБ-10) был установлен у 1040 пациентов. Злокачественные опухоли полости рта и глотки (С01-14; 46.2) выявлены у 1570 больных. Из числа больных раком нижней губы I-II стадия заболевания диагностирована у 858 (82,5%) больных, III стадию имели 139 (13,4%), IV – 15 (1,4%), стадия не установлена у 28 (2,7%) больных. Общий ин-

тенсивный показатель заболеваемости опухолями этой локализации за указанный срок уменьшился с 5,7 до 2,8 на 100 тыс. населения, что в абсолютных цифрах соответственно составило 122 и 56 пациентов. Злокачественные опухоли полости рта и глотки в I-II стадии заболевания диагностированы у 782 больных (49,8%), в III стадии – 494 (31,4%) и в IV – 264 (16,8%), стадия не установлена у 30 (1,9%) больных. Общий интенсивный показатель заболеваемости раком этой локализации увеличился с 5,2 до 6,9, что в абсолютных цифрах соответственно составило 111 и 138 больных.

Анализируя у заболевших стадию рака, с которой они начали лечение, следует отметить высокий процент местнораспространенного рака. Этому способствует, прежде всего, низкая санитарная культура нашего населения, а также отсутствие онкологической настороженности у врачей общебольничной сети, в том числе и стоматологов. Понятие «онкологическая настороженность» должно включать: знание предраковых заболеваний и злокачественных опухолей ранних стадий, предположение возможности атипичного или осложненного течения онкологического заболевания в трудных случаях диагностики, принципов организации онкологической службы, проведение санитарно-просветительной работы среди населения. Воспитание онкологической настороженности у врачей позволит улучшить диагностику и своевременно направить больного для проведения специального лечения. К большому сожалению, основная образовательная программа подготовки врача-стоматолога предусматривает только 72 часа на изучение онкостоматологии и лучевой терапии.

Матчин А.А., Ферхов А.Б., Габидулин А.Д., Мыцик И.В., Трубников Д.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург
Городская клиническая больница №1, Оренбург

Проанализированы результаты лечения 4705 больных с повреждениями челюстно-лицевой области, находившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Оренбурга, за период с 2008 – 2016 гг. По поводу множественных повреждений костей лица пролечено 493 (10,5%) больных. Переломы нижней челюсти диагностированы у 3063 (65,1%), верхней челюсти и скуловой кости – у 874 (18,6%), изолированные повреждения мягких тканей лица и полости рта – у 273 (5,8%) больных. Сочетанные повреждения имели 850 (18,1%) пациентов: в сочетании с черепно-мозговой травмой (10,9%), с травмой других костей скелета (2,5%), травмой внутренних органов (0,4%) и с повреждения мягких тканей других областей тела (1,7%).

Клиническое течение множественных и сочетанных повреждений лица отличается большим разнообразием, обусловленным тяжестью травмы, анатомо-функциональными особенностями поврежденных органов и тканей, возрастом пострадавших, наличием сопутствующих заболеваний. Практически все пациенты с множественной и сочетанной травмой костей лицевого черепа имели и повреждения мягких тканей лица или полости рта, что в последующем приводило к грубым послеоперационным рубцам, деформирующим лицо. Отмечались выворотты век, губ, деформации носа, ушных раковин. У подавляющего большинства больных с переломами костей лица были повреждения головного мозга различной степени тяжести, сопровождающимися обильными носовыми кровотечениями, диплопией, кровоизлияниями по ходу зрительных нервов, в придаточные пазухи носа и решетчатый лабиринт.

Трудности диагностики и лечения больных обусловлены отсутствием стандарта ведения больных с сочетанными повреждениями и единого мнения по вопросу о сроках, объеме и методах оказания специализированной стоматологической помощи этому контингенту пострадавших. Не решены такие вопросы, возникающие перед первым лечащим врачом пострадавших, а именно: в каком лечебном учреждении, кто и сколько времени должен лечить пострадавших с сочетанными травмами челюстно-лицевой области, а также определение ведущего повреждения в зависимости от тяжести, клинического течения и предполагаемого исхода. Кроме того, у части пострадавших, поступивших в общехирургические, травматологические, нейрохирургические отделения, повреждения костей лица распознаются несвоевременно и специализированная стоматологическая помощь таким пациентам оказывается, как правило, в более поздние сроки чем при изолированных повреждениях. Большинство пострадавших с сочетанной травмой после выписки из стационара нуждается в поддерживающей терапии и реабилитации в поликлиниках по месту жительства. Выбор учреждения для реабилитации

определяется характером доминирующего по тяжести повреждения. Содружественная работа всех специалистов стоматологического профиля позволяет существенно улучшить результаты лечения, сократить сроки временной нетрудоспособности, снизить процент инвалидности.

Митронин А.В., Заблоцкая М.В.,
Заблокая Н.В., Фидарова К.Б., Величко Е.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕСЕНСИТАЙЗЕРОВ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Существуют различные потенциальные причины чувствительности зубов и различные варианты современного лечения. Однако, ни одни из них не являются абсолютно эффективными на сегодняшний день. При выборе оптимального вида лечения гиперестезии зубов необходимо учитывать происхождение данного симптома, его выраженность и распространенность.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности лечения гиперестезии при использовании группы наполненных десенситайзеров.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 46 человек в возрасте от 22 до 60 лет мужского и женского пола с гиперчувствительностью с выявленными трещинами эмали зубов, которые были разделены на 2 группы в зависимости от используемого препарата. В первой группе исследования (23 человека) - применялся лак AdmiraProtect (Voco), во второй группе (23 человека) использовался лак Seal&Protect (Dentsply). Для оценки степени выраженности гиперестезии зубов до и в различные сроки наблюдений применялись следующие методы: осмотр, зондирование, термометрия. Субъективная оценка интенсивности болевой реакции проведена методом опроса пациентов с применением цифровой рейтинговой шкалы NRS. Рейтинговая шкала состояла из 11 пунктов от 0 (боли нет) до 10 (сильная боль, которую можно представить). С целью определения объективной выраженности гиперчувствительности дентина выполнялась воздушная проба Shiff. Объективные методы оценки симптомов гиперестезии выполняли до и сразу после сеанса обработки десенситайзерами в то же посещение, через 4 недели и 6 месяцев. Всех пациентов просили подписать форму информированного согласия.

Результаты и обсуждение. При сравнении данных объективного и субъективного обследования через 4 недели стойкий результат снижения гиперчувствительности наблюдался в обеих группах по шкаллеШиффа. При использовании лака AdmiraProtect (Voco) у 87 % пациентов симптомы гиперестезии полностью отсутствовали и только у 4 отмечался дискомфорт. При использовании Seal&Protect (Dentsply) через месяц также были высокие показатели положительного результата применения десенситайзера, но значения меньше, чем в первой группе – у 19 человек (83 %) полное отсутствие симптомов, 1 балл наблюдался у 17 %. Результаты проведенных исследований через 6 месяцев показали значительные различия. В группе пациентов, которым применяли AdmiraProtect (Voco) показатели снижения гиперчувствительности практически не претерпели каких- либо изменений.

Вывод. При лечении гиперестезии дентина с использованием группы наполненных десенситайзеров, содержащих HEMA, представленных двумя подгруппами препаратов: светоотверждаемого десенситайзера на основе ормокеров - AdmiraProtect (Voco) и светоотверждаемогодесенситайзера на основе компомераSeal&Protect (Dentsply) приводит к стойке ремиссии. Через 6 месяцев после применения десенситайзеров при оценке гиперестезии зубов по шкале Шиффа 3 балла не было выявлено ни у одного пациента. Входящие в состав наполненных десенситайзеровфлюориды и антисептик - триклозан способствуют уменьшению образования зубной бляшки и дополнительной защите от кариеса.

Митронин А.В., Заблоцкая М.В.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ НАНОИМПРЕГНАЦИИ ДЕНТИНА ЧАСТИЦАМИ ГИДРОКСИДА МЕДИ-КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Анализ литературных данных за последние годы свидетельствует о том, что гиперестезия дентина встречается у 89,9-92,8 % лиц с некариозныни поражениями, и у 25-27% больных с патологией пародонта (Соловьёва-Савоярова Г.Е., Дрожжина В.А. 2012; Кузьмина Э.М., 2013; Haas AN,2014; Trushkowsky RD, Davari A. Ataei E, Assarzadeh H, 2013; Jardim JJ, Maltzz M,

Cunha-Cruz J, Wataha JC, 2014). Исходя из теории М. Бранстрема развития гиперестезии дентина, любое гидродинамическое воздействие изменяет давление внутри дентинных канальцев и тем самым вызывает изменение скорости тока в них зубной жидкости, что в свою очередь механически раздражает нервные окончания волокон, вызывая боль. Несмотря на проводимые в разных странах исследования, до сих пор четко не определены особенности возникновения повышенной чувствительности при действии различных раздражителей, до конца не разработаны принципы ее диагностики и оценки интенсивности, недостаточен арсенал средств для предупреждения и лечения, что свидетельствует об актуальности проблемы и целесообразности проведения исследования по изучению импрегнации дентина зубов в лабораторных условиях.

Целью настоящей работы является оценка эффективности методов наноимпрегнации дентина зубов частицами гидроксида меди-кальция в условиях invitro. Для достижения цели перед нами стояли следующие задачи: провести сравнительное изучение гистопрепаратов поверхности дентина с гидроксидом меди-кальция (ГМК), вводимого с помощью электро – и гальванофореза;оценить данные электронно-микроскопического исследования и провести сравнительный анализ спилов зубов, подвергшихся лечению с помощью наноимпрегнационных методов;определить денситометрические параметры, характеризующие содержание меди в поверхностном дентине зубов двух моделей в сравнении.

Материал и методы. Экспериментальное исследование состояло из двух серий лабораторного исследования на удаленных зубах: 1) с применением электрофореза ГМК и 2) с применением гальванофореза ГМК. После чего готовились препараты для гистологического и электронно-микроскопического исследования. В клинической части исследования оценивали показатели болевой чувствительности зубов с гиперестезией под влиянием электро- или гальванофореза ГМК.

Результаты исследования. На прозрачных макропрепаратах зубов, подвергавшихся электрофорезу, можно видеть темно-коричневые или темно-фиолетовые участки отложений сульфида меди (I) в дентине зуба. В дентине заметны диффузные неравномерные отложения соединений меди. Следует отметить неравномерность распределения меди при электрофорезе в разных участках дентина.

Выводы. На основании полученных данных можно заключить, что соединения меди как при электрофорезе, так и при гальванофорезе проникают в дентин зуба достаточно глубоко. В то же время, импрегнация дентина медью происходит неравномерно при методике электрофореза.

Морозов М.А., Сериков А.А.,
Иорданишвили А.К.

ОСОБЕННОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Областная клиническая больница, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

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. В настоящее время ВИЧ-инфекция, по данным специальной литературы, является противопоказанием для проведения дентальной имплантации.

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 $0,8\text{-}1,0 \times 10^{9}/_{л}$ 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.

Использование разработанных рекомендация позволяет обеспечить профилактику инфекцион-

но-воспалительных осложнений дентальной имплантации у ВИТЧ-инфицируемых пациентов в непосредственном и ближайшем периодах после установки дентальных имплантатов.

Морозов П.В., Путь В.А., Теплов Е.В.

ПРАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.

Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка, Москва

Введение. Вариантом улучшения качества жизни для беззубых пациентов является установка зубных протезов с фиксацией на внутрикостные титановые имплантаты. Этот метод позволяет полноценно реабилитировать функциональное состояние челюстно-лицевого аппарата и жевательную функцию для пожилых людей. Возрастает продолжительность и качество жизни беззубых пациентов. Последние 7 лет бесплатная имплантация и протезирование социально возрастных групп населения практикуется на территории и РФ. Многим из таких пациентов показана имплантация с немедленной нагрузкой, что сокращает сроки лечения.

Цель исследования. На основе практического опыта лечения пожилых групп пациентов с использованием имплантатов разработать комплексные методы реабилитации, позволяющие с минимально-инвазивными технологиями восстановить функцию жевания у пациентов социальных возрастных групп (ветераны ВОВ, инвалиды, пенсионеры)

Материалы и методы исследования. 25 ноября 2010г.,вгоспитале Черноморского флота РФ проведена благотворительная акция по бесплатной стоматологической имплантации ветеранам ВОВ“Качество жизни для наших родителей”. В течение 1 дня установлено 11 пациентам 45 имплантатов. 10 из них установлены несъёмные зубные протезы 10 коронок с опорой на 4-5 имплантатов. В Москве. 15-16 сентября 2011г. благотворительная акция, «Качество жизни для наших родителей» - проходила в Челюстно-лицевом госпитале для ветеранов войн.Обозначен предварительный хирургический протокол (четыре имплантата в межментальным пространстве и несъемная конструкция на нижней челюсти). Оценивается состояние компенсации и декомпенсации системных заболеваний. Во втором случае требуется подготовка пациентов. Ключевой фактор-мотивация пациента на проводимое лечение, и согласие родственников или опекунов пожилого человека

Анестезиологический протокол - местная анестезия и сбалансированная седация, во всех акциях.

Результаты исследования. Спустя год после имплантации значительное повышение качества жизни отмечалось у всех пациентов. Пациенты более довольны ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах, которые обеспечивают, по сравнению с традиционными протезами, больший комфорт, стабильность и эстетику.

Заключение и выводы: Обследование и лечение пожилых пациентов, которым проводятся операции имплантации необходимо проводить в условиях специализированного стационара, где есть опыт работы с возрастными пациентами стоматологического профиля, государственного учреждения или частной клиники. Разработаны клинические методики и стандарты и протоколы данных мероприятий. Условием для проведения всего спектра операций является наличие в клинике анестезиологического пособия. Обследование и лечение пожилых пациентов, которым проводятся операции имплантации необходимо проводить в условиях специализированного стационара.Это единственная возможность оказать реальную помощь тем категориям населения, которые при других обстоятельствах получить ее не смогут.

Гребнев Г.А., Чернегов В.В., Москвин Г.В, Щербина Н.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОТРАНСПЛАНТАТА ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ ДЛЯ ПЛАСТИКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (ЧАСТИ) ЧЕЛЮСТЕЙ ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель работы изучение эффективности использования различных трансплантатов из гребня подвздошной кости (ГПК) при атрофии челюстей.

Задача исследования оценить результаты применения аутотрансплантата из гребня подвздошной кости в виде блока, костной крошки и в сочетании с алломатериалом Лиопласт для оптимизации костной регенерации у лиц разных возрастных групп.

Материал и методы исследования в основу исследования положены материалы клинического обследования и лечения (42) больных с атрофией альвеолярной кости верхней и нижней челюсти в клинике челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с января 2015 – по август 2017 года.

В ходе операции применялись кортикально-губчатые блоки для винирной пластики, монокортикальные блоки для ламинат техники, всего было прооперировано 35 пациентов с использованием костных блоков. Для оценки эффективности осуществлялось клиническое обследование в полости рта спустя 4-6 месяцев после операции, проводилась контрольная компьютерной томография по которой оценивалась степень резорбции костного блока, плотность кости в области оперативного вмешательства. Во время этапа имплантации проводилась подготовка имплантационного ложа при помощи костного трепана, полученный костный материал отправлялся на гистологическое исследование, по которому оценивалась степень васкуляризации кости, количество вновь образованных костных балок.

Результаты и обсуждение. При использовании у пациентов аутокости в виде стружки, а также стружки в сочетании с препаратом ЛИОПЛАСТ наблюдалась незначительная резорбция в зоне костной пластики, в наименьшем объеме в сравнении с другими видами трансплантатов из гребня подвздошной кости. Костную пластику у 26 пациентов, у которых использовались аутоблоки из ГПК можно также считать успешной, но в меньшей степени. Резорбция всех видов трансплантатов составляла от 16 до 50% и варьировалась от 1 до 3 мм. В гистологических препаратах ГПК у пациентов с клинически установленной резорбцией имелись признаки остеопороза.

Заключение: клинический опыт показал, что при проведении костнопластических операции с использованием аутоматериала, при заполнении дефекта по краям трансплантата предпочтение стоит отдавать аутокости в виде стружки в сочетании с алломатериалами, это позволят получить более стабильный и прогнозируемый результат операции.

Найданова И.С., Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Введение. Вопросы диагностики патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) продолжают оставаться актуальными, что связано с ее высокой распространенностью. В последние годы более пристальное внимание привлекают внутренние структуры ВНЧС.Такие исследования возможны только с привлечением высокотехнологичных исследований и, в частности, магнитно-резонансной томографии(МРТ).

Цель исследования:повышение эффективности диагностики патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Задачи: Определить структурные и динамические параметры головки нижней челюсти у лиц с патологией ВНЧС.

Выявить нарушения структуры и положения диска ВНЧС а.

Оценить состояние биламинарной зоны ВНЧС и жевательных мышц.

Материалы и методы.Для достижения поставленной цели нами были обследованы 17 пациентов с дисфункцией ВНЧС. Контрольную группу составили 20 человек. МРТ выполнялась на томографе Excelart Vantage Atlas-X (Toshiba, Япония). Использовалась головная катушка, напряженность магнитного поля 1,5 Тесла. Протокол исследования включал получение T1-, Pd- и T2-взвешенных изображений в косо-сагиттальных и косо-корональных плоскостях с толщиной среза 3 мм. Всем пациентам проводилось сканирование в положениях привычной окклюзии и максимально возможного отведения нижней челюсти. Для удержания открытого рта применяли фиксатор из пластмассы. На МРТ оценивались структура губчатого вещества и толщина кортикального слоя головки, ее положение в ямке височной кости. При функциональной МРТ изучались смещение головок и диска при открывании рта, целостность внутрисуставных связок и структура биламинарной зоны. Статистическая обработка проводилась с применением пакета прикладной программы «BIOSTAT» и программы статистического анализа Microsoft Excel 2013. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Основные результаты исследования. При анализе полученных изображений МРТ выявлено в 88,2% случаях асимметричное расположение слева и справа головок нижней челюсти в положении привычной окклюзии. При исследовании с максимально возможным отведением нижней челюсти у 14,3% обследуемых определялся подвывих и деформации головок нижней челюсти. Смещение суставного диска было зарегистрировано у 47% - вентрально; 5,9% - дистально; 11,8% - медиально; 35,3% - сочетанное смещение вентрально и медиально/латерально. Структурные изменения диска отмечались у всех обследуемых, в том числе перфорация у 2 (11,8%) пациентов. Признаки склерозирования биламинарной зоны зафиксированы в

29,4%. Различная толщина слева и справа латерально-крыловидных мышц наблюдалась в 64,7%.

Заключение. МРТ-исследование позволяет определить расположение головок нижней челюсти и суставного диска с обеих сторон в положении привычной окклюзии и при максимально-возможном отведении нижней челюсти. Определяется структура головок, суставного диска и биламинарной зоны, а также изменения толщины латеральных крыловидных мышц.

Нестеров О.В., Нестерова Е.Е., Ксембаев С.С.

ВЛИЯНИЕ СОРБЕНТА «ЦЕЛОФОРМ» НА ФОРМИРОВАНИЕ НОРМОТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПАЦИЕНТОВ ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ

Казанская государственная медицинская академия, Казань

Ухудшение результатов лечения больных гнойно-воспалительными заболеваниями активизировало в последние годы разработку средств местного воздействия на гнойную рану. Среди них перспективной является группа медицинских сорбентов. Разработка методов местного лечения гнойных ран с их использованием привела к созданию целого направления, получившего название «сорбционно-аппликационная терапия». Несомненный интерес представляет, разработанный нами новый отечественный сорбент «Целоформ», обладающий высокой сорбционной, дренирующей способностью, выраженным бактериостатическим и противовоспалительным эффектом.

Цель исследования – оценить влияние сорбента «Целоформ» на течение репаративного процесса у больных одонтогенными процессами.

Материал и методы. Для определения эффективности использования сорбента «Целоформ» в комплексном лечении больных острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями (ООГВЗ) была выбрана группа больных одонтогенными флегмонами (ОФ). По оценке уровня эндогенной интоксикации все больные отнесены к средней степени тяжести заболевания. С ОФ196 пациентов были разделены на 2 группы: основную (ОГ) – 100 человек и группу сравнения (ГС) – 96.

При проведении комплексного лечения руководствовались общеизвестными принципами гнойной хирургии: вскрытием гнойно-воспалительного очага путем послойного рассечения мягких тканей, промывание и адекватное дренирование. У больных ОГ, в отличие от пациентов ГС, при перевязках использовали сорбент «Целоформ».Исследование было разделено на четыре блока: разработка сорбента из хлопковой целлюлозы; исследование особенностей структуры и состава сорбента «Целоформ»; исследование физико-химических свойств сорбента; морфофункциональная оценка влияния «Целоформ» на метаболизм раневого процесса, микрофлору гнойной раны, состояние регионарного кровообращения в комплексном лечении пациентов хирургическими стоматологическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение.У всех пациентов ОГ, в местном лечение которых использовался сорбент «Целоформ», в 100% случаев произошло образование нормотрофических послеоперационных рубцов, в отличие от 74% – у больных группы сравнения. По нашему мнению, данное обстоятельство объясняется выраженным и статистически значимым сокращением продолжительности первой фазы раневого процессаи оптимизацией формирования первичного коллагенового матрикса.**Заключение**. Качественно новая структура, разработанного нами сорбента «Целоформ», определила эффективность его влияния на формирование нормотрофических рубцов в комплексном лечении пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой локализации.

Никитенко В.В., Борисова Э.Г.

РОЛЬ БАКТЕРИОСКОПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЛОССОДИНИИ

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Глоссодинию принято считать собирательным клиническим феноменом, главным проявлением которого является боль в языке, обычно не сопровождающаяся поражением слизистой оболочки полости рта и языка. Несмотря на значительное освещение в литературе сведений по изучаемому вопросу, проблема лечения болей и парестезий в языке не теряет своей актуальности [1,2,3,4].

В условиях амбулаторного приема стоматологических пациентов врачи часто пренебрегают диагнозом глоссодиния, приписывая этот симптом другим стоматологическим патологиям, в частности, кандидозному глосситу.

При выяснении жалоб пациента необходимо попросить подробноописать характер ощущений (боль или парестезии), их локализацию,изменение интенсивности в течение дня, связь с приемом пищи, наличие или отсутствие ощущения постоянной сухости в полости рта. При расспросе пациента следует акцентировать внимание на на-

личиепостоянных стрессовых факторов в быту и на работе, выявлялассьопутствующая патология (сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нервной и эндокринной систем), время появления болей и с чем связывает больной начало заболевания, проводилось ли ранее лечение по поводу данного заболевания и его эффективность.

Цель нашего исследования: показать доступность и эффективность бактериоскопии соскобов с языка для дифференциальной диагностики глоссодинии в условиях амбулаторного стоматологического приема.

Материал и методы. Бактериоскопия соскоба языка проводилась для уточнения и дифференцирования диагноза, так как с ее помощью возможно определить превышение допустимых количеств грибковой и другой флоры в поле зрения. Мы изучали нативный препарат, а также препараты, окрашенные по Грамму, Романовскому-Гимзе и метиленовым синим (1% водный раствор). Окраска метиленовым синим производилась в течение 15 секунд, за это время препарат хорошо прокрашивался. Соскоб с языка производили предметным стеклом, а затем другим стеклом изученный материал равномерно распределяли по предметному стеклу в виде тонкого слоя. При этом все исследование занимало обычно 5-10 минут.

Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов, средний возраст которых составил53±2,3 лет, предъявляющих жалобы на сухость, зуд, локальное жжение языка, нёба, десны, губ, сильное жжение, «пожар» во рту при пользовании съёмными пластмассовыми протезами; гипо- или гиперсаливацию, изменение вкусовой чувствительности (вплоть до потери вкуса), явления парестезии, чувство стянутости губ, отёчность языка.

Результаты и их обсуждение.Бактериоскопия проведена всем пациентам. У 21 (37,5%) пациентов в мазках были обнаружены помимо эпителиальных клеток (шиповатые клетки), лейкоцитов (до 15 в поле зрения) грибы рода Candida albicans (до 25-30 в поле зрения). В скрытых (бессимптомных) стадиях в мазке обнаруживали грибы рода Candida в виде спор. Если у пациентов было кандидозное наслоение (более 15 в поле зрения), то это говорило о присоединившемся или существующем кандидозе, который требует специальной терапии. Мы прогнозировали, что после антимикотической терапии симптомы кандидоза исчезнут. Этим пациентам назначили противокандидозную терапию по общепринятым методикам. Но проведенное противокандидозное лечение принесло облегчение 11(52,38%) из 21 пациентов. У них исчезло жжение и утренняя отечность языка. Остальные обследуемые (10 чел. – (47,62%)) вернулись в нашу клинику для дальнейшего лечения лингвалгий. Таким образом, наличие грибов Candida лишь усугубляло симптоматику и течение глоссодинии.

Выводы. Бактериоскопияможет служить методом первичной дифференциальной диагностики при болевых и парестетических симптомах языка в амбулаторной стоматологической практике. При обнаружении высокого количества (более 20) грибов рода Candida в поле зрения необходимо проводить антимикотическое лечение пациентов.

Никитенко В.В., Иванов А.С., Лысков Н.В., Мормуль В.В., Спесивец А.Ф., Полевая Л.П.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ЗАПАСА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность исследования вызвана совершенствованием методов профилактики в военной стоматологии, предусматривающих восстановление утраченных функций жевательного и речевого аппарата, имеющего важное значение в обеспечении стоматологического здоровья военнослужащих ВС РФ.

Цель исследования состояла в определении стоматологического статуса военнослужащих запаса ВС РФ проходивших военную службу в различных регионах страны.

Материал и методы исследования. Изучены амбулаторные стоматологические карты, а также проведено анкетирование военнослужащих запаса ВС, и членов их семей (69 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 61 до 91года. Стоматологическая помощь осуществлялась на 3 уровнях: 1- войсковом звене,2-гарнизонном звене, 3- окружного (флотского) звена. Оценку стоматологического статуса пациентов проводили в соответствии с изучением амбулаторных карт пациентов и сбора данных об их нуждаемости в съемном и несъемном протезировании, расчете индекса КПУ, анализа данных пародонтологической карты и рассчитывали индекс нуждаемости в лечении патологии пародонта «CPITN». Полученный в результате исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием специального пакета для статистического анализа –«Statistica for Windos v. 6.0». различия

между сравниваемыми группами считалось достоверным при p<0.05.

Результаты исследования. Среди пациентов 1 и 2 уровнях отмечается повышенная нуждаемость в съемном и несъемном протезировании. Среднее значение индекса КПУ в группе 1 уровня составило 30,9 на одного пациента, тогда как в группе 2 уровня он был равен 26.9, а в группе 3 уровня составил 29,5. У пациентов всех трех групп индекс нуждаемости в лечении пародонта был высокий, что вызвано видимо возрастными изменениями в организме. В группе 1 уровня 68.4% был установлен хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести , в группе 2 уровня - 69.5%; в группе 3 уровня этот показатель аналогичной формы процесса уже был 50%.

Выводы. Исходя, из анализа полученных данных следует, что пациенты 1 уровня имели более низкий уровень стоматологического статуса по сравнению с пациентами 2 и 3 уровней, что связано с различными условиями прохождения военной службы, а также с разными возможностями оказания стоматологической помощи в отдаленных гарнизонах. В связи с наличием различных форм патологий в полости рта пациентов, нуждаемость в расширенном комплексном лечении перед протезированием увеличивается у военнослужащих запаса ВС РФ.

Останина Д.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ТРИОКСИДНОГО АГРЕГАТА И ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА: ЛАБОРАТОРНОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

Введение.Лечение заболеваний пульпы с целью сохраненияеё жизнеспособности до настоящего времени является актуальной проблемой. В настоящее время для сохранения пульпы используются препараты гидроокиси кальция и материалы минералтриоксидагрегата (МТА). Оценкаэффективности применения данных препаратов в лечении начального пульпитапредставляет научно-практический интерес и целесообразна для изучения.

Цель исследования.Оценить эффективностьлечения начальногопульпитас применениемгидроксида кальция и препаратов МТА отечественного и зарубежного производства.

Задачи исследования. 1. Провести сравнительный анализ физико-химических свойств отечественных и зарубежных препаратов МТА. 2. Сравнить эффективность применения различных пульпосохраняющих технологий при леченииначального пульпита.

Материал и методы.В лабораторном исследовании изучали физико-химические свойства отечественных и зарубежных материалов с помощью сканирующей электронной микроскопии, энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии, рентгенологического исследования, pH-метрии и ионной хроматографии. В клиническом исследовании участвовали 22 пациента в возрасте от 7 до 18 лет с диагнозом начальный пульпит. В первой группе пациентов в качестве лечебной прокладки использовали материал Триоксидент, а во второй группе - пасту на основе гидроокиси кальция. Мониторинг результатов лечения проводился через 7 дней, 1 месяц, 6 месяцев.Данные исследований обработаны статистически.

Результаты. Лабораторный анализпоказал, что протестированные препараты МТА состоят из портландцемента, за исключением препаратов Канал МТА и Рутдент. В состав материала Триоксидент включено соединение гидроокиси медикальция, которое повышает его бактериостатические свойства.По данным световой микроскопии выявленанаибольшая пористость поверхности у материала ProRootMTA. Методом pH-метрии было доказано, что материал Триоксидент имеет самый высокий показательpH равный 12,8.По результатам лабораторного анализа выбран материал Триоксидент для дальнейшего использования в клиническом исследовании. При лечениипациентов первой группы в 90% случаев отмечен успешный результат.Показатели ЭОД улучшились и через 30 дней с 20 мкА снизились до 5 – 8 мкА. Во второй группе пациентов успешный результат составил 63%. В ближайшие сроки после лечения зубов с применением препарата на основе гидроксида кальция осложненийне выявлено. Процент осложненийза весь период лечения составил37%.

Заключение.Российский аналог МТА «Триоксидент» обладает наилучшими характеристиками, в сравнении с зарубежными материалами. Наиболее успешным методом пульпосохраняющей терапии является лечениеначального пульпитас применением материалаТриоксидент.

Паршин В.В., Фадеев Р.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И ПАРАФУНКЦИЯМИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Санкт-Петербургский Институт стоматологии последипломного образования, Санкт-Петербург

Введение. В последние годы, благодаря взаимодействию стоматологов с неврологами и врачами лечебной физкультуры, стало возможно говорить, что височно-нижнечелюстной сустав и окклюзия функционально взаимосвязаны не только между собой, но и с опорно-двигательным аппаратом в целом.

Цельисследования. Обоснование эффективности комплексной реабилитации пациентов с патологией ВНЧС и парафункцией жевательных мышц с применением традиционных методов лечения и методик лечебной физкультуры.

Задачи исследования. Сравнение результатов лечения основной группы (с применением миогимнастики и индивидуальных стелек) и контрольной группы пациентов (без применением миогимнастики и индивидуальных стелек) в лечении патологии ВНЧС и парафункции жевательных мышц.

Материалы и методы. Лечение проводили 84 пациентам (68 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 21 до 53 лет (средний возраст 34 ±5 лет), с патологией ВНЧС (синдром болевой дисфункции ВНЧС, «щелкающая челюсть», травматический артрит, артрозы ВНЧС) и парафункцией жевательных мышц.

В зависимости от способа лечения пациенты разделены на основную и контрольную группу. Лечение пациентов контрольной группы (42 человек) проводили с помощью разобщающей зубные ряды каппы, изготовленной после ТЕНС-терапии. Для релаксации жевательных мышц также применяли медикаментозное лечение (Мидокалм 100 мг 3 раза в день 3 недели). Кроме вышеописанных способов лечения, пациентам основной группы (42 человека) назначали индивидуальный план миогимнастических упражнений и изготавливали индивидуальные стельки для коррекции осанки.

Основные результаты. У пациентов основной группы к восьмой недели лечения амплитуда открывания рта восстановилась до первоначальной у 44% пациентов, к четвертому месяцу – у 74% пациентов, а к шестому месяцу – у 96,3% пациентов. У пациентов контрольной группы к восьмой недели лечения амплитуда открывания рта восстановилась до первоначальной у 37% пациентов, к четвертому месяцу – у 66,7% пациентов, а к 6 месяцам – у 92,6% пациентов. У пациентов основной группы болевая симптоматика в области ВНЧС и жевательных мышц у 87% принятых пациентов проходила к четырем неделям лечения, полностью исчезала к третьему месяцу лечения. У пациентов контрольной группы болевая симптоматика в области ВНЧС и жевательных мышц к четырем неделям проходила у 81% принятых пациентов, полностью исчезала к четвертому месяцу лечения. Таким образом при комплексном лечении у основной группы пациентов болевая симптоматика в области ВНЧС и жевательных мышц проходила на 1 месяц раньше, чем у контрольной группы.

Заключение. Применение миогимнастических упражнений и изготовление индивидуальных стелек для коррекции осанки при комплексном лечении пациентов с патологией ВНЧС и парафункцией жевательных мышц позволяет сократить длительность реабилитации пациентов в среднем на один месяц, что доказывает эффективность предложенного способа лечения.

Терещук С.В., Деменчук П.А., Сухарев В.А.

СОХРАНЕНИЕ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ РЕЗЕКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ЕЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ

Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко, Москва

Введение. В хирургии челюстно-лицевой области резекция нижней челюсти является одной из наиболее калечащих операций. Одним из неизбежных последствий является повреждение нижнего луночкового нерва, который обеспечивает чувствительность зубов нижней челюсти, десны, половины нижней губы и кожи подбородка. При полной потере чувствительности нижней губы пациенты теряют способность пить, не расплескивая напиток, не ощущают температуру принимаемой пищи, не ощущают смыкания губ, из-за чего изо рта истекает слюна, у некоторых изменяется речь. Сохранение непрерывности нижнего альвеолярного нерва путем его транспозиции в ходе резекции нижней челюсти повышает качество жизни пациентов, которым выполняется резекция нижней челюсти.

Цель. Разработать метод сохранения непрерывности нижнего луночкового нерва при резекции и первичной пластике нижней челюсти с использованием реваскуляризованных костных трансплантатов.

Материалы и методы. Нами выполнено 17 резекций нижней челюсти в ходе которых был сохранен нижний альвеолярный нерв. У 40% больных в зону резекции попадал нижний альвеолярный нерв на одной стороне, в 60% - с двух сторон. Большинство пациентов (82%) страдали раком слизистой оболочки полости рта 3ст с поражением нижней челюсти. Срок наблюдения пациентов 3-31 месяц. Рецидивов опухоли отмечено не было. Чувствительность восстановилась в 88% случаев. В среднем восстановление чувствительности происходило на 18 сутки после операции. Неудачи в двух случаях связаны с травмой нерва при выделении и при резекции нижней челюсти. В одном случае причина до конца не установлена, скорее всего, это техническая погрешность при выделении сосудисто-нервного пучка. В ходе опросов пациентов, перенесших резекцию нижней челюсти, качество жизни как более высокое отмечали те, кому нижний альвеолярный нерв был сохранен и чувствительность нижней губы восстановилась.

Выводы. Сохранение непрерывности нижнего альвеолярного нерва путем его транспозиции в ходе резекции нижней челюсти является эффективным этапом операции. Сохранение чувствительности нижней губы при этом повышает качество жизни пациентов. Абсолютным противопоказанием к такой операции являются истинные опухоли нижней челюсти. При планировании операции должен проводиться тщательный отбор пациентов с раком слизистой оболочки полости рта, с целью соблюдения условий ее радикальности. Экспресс-биопсия является обязательным условием ее выполнения. Виртуальное хирургическое планирование с изготовлением хирургических шаблонов повышает точность операции, уменьшает травматизм и сокращает время операции.

Терещук С.В., Сухарев В.А., Пасечник И.А.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ТИТАНОВЫЕ СЕТЧАТЫЕ ПЛАСТИНЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ

Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко, Москва
3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского, Красногорск

Методом реабилитации пациентов с утратой зубов. Недостаточный объем костной ткани является одним из факторов, влияющих на выживаемость дентальных имплантатов и успешность ортопедического лечения. Среди прочих методов увеличения объема костной ткани, при его дефиците, направленная регенерация костной ткани обеспечивает предсказуемый результат при минимальной частоте послеоперационных осложнений. Данная методика особенно эффективна при небольших и средних дефектах альвеолярного отростка. Для удержания биологического материала, предотвращения его смещения и рассыпания по ране используют титановые сетчатые пластины толщиной от 0,1 до 0,3мм. Эти мембраны изгибают по форме альвеолярного отростка и фиксируют внутрикостными винтами диаметром от 1,3мм до 1,5мм к альвеолярному гребню. Не смотря на предсказуемый результат в виде формирования костной ткани, одним из недостатков применения титановых сетчатых пластин является сложность их моделирования в ране и ограничение области их применения небольшими по протяженности дефектами. Последнее связано со сложностью придания титановой сетчатой пластине трехмерной формы альвеолярного гребня.

Цель. Повысить предсказуемость результата операции направленной регенерации костной ткани при больших и протяженных дефектах альвеолярного гребня челюстей. Для достижения этой цели разработать способ создания индивидуальной титановой сетчатой пластины.

Материалы и методы. Нами разработан метод создания индивидуальных титановых сетчатых пластин для направленной регенерации костной ткани, который применен у 6 (шести) пациентов с выраженным дефицитом костной ткани альвеолярного гребня на большом протяжении. Исходным материалом для создания индивидуальных титановых сетчатых пластин были использованы титановые пластины фирмы «Конмет» толщиной 0,2мм со сложным узором. Для придания пластине необходимой формы соответственно параметрам определенного участка альвеолярного отростка мы создавали трехмерную физическую модель верхней или нижней челюсти по данным КЛКТ или МСКТ путем стереолитографии. В последующем моделировали альвеолярный гребень необходимого для установки дентальных имплантатов объема. После этого придавали форму титановой пластине соответственно полученной модели. По модели определяли положение фиксирующих винтов. Полученные таким образом индивидуальные титановые сетчатые пластины стерилизовали в автоклаве в стандартном режиме. Перед стерилизацией пластины помещали в чашку Петри для исключения внешних физических воздействий на них и сохранения приданной им формы. У всех

шести пациентов дефект альвеолярного отростка превышал 3-4мм по горизонтали и вертикали, и захватывал промежуток от трех зубов до всей челюсти. У всех пациентов получен прирост кости, который соответствовал объему, запланированному перед операцией.

Выводы. Применение индивидуальных титановых сетчатых пластин по разработанной нами методике для направленной регенерации костной ткани обеспечивает формирование костной ткани по форме и объему соответствующему предоперационному плану. Кроме этого, применение данной методики сокращает операционное время в связи с отсутствием необходимости изгибания титановой пластины в ходе операции.

Пахомова Н.В., Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю., Войтенков В.Б., Климкин А.В.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. При проведении оперативных вмешательств у больных с новообразованиями околоушных слюнных желез высок риск повреждения лицевого нерва. Возникающие впоследствии параличи и парезы мимической мускулатуры требуют сложного, длительного и дорогостоящего лечения с привлечением широкого круга узкопрофильных специалистов.

Цель работы – уменьшение количества послеоперационных лицевых параличей за счет объективизации предоперационного планирования на основании данных ультрасонографии.

Материалы и методы. В предоперационном периоде в режиме реального времени обследовано 36 пациентов с опухолями околоушных слюнных желез. На аппарате General Electric, LOGIQ E9 линейным датчиком высокого разрешения (15 МГц) проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) лицевого нерва и околоушных слюнных желез на «здоровой» и «больной» сторонах. Выполнена оценка целостности лицевого нерва, измерен его диаметр на уровне выхода из шилососцевидного отверстия и в слюнной железе до проведения хирургического вмешательства.

Результаты. Амбулаторно обследовано 36 больных с опухолями и рецидивами опухолей околоушных слюнных желез. Мужчин – 12, женщин – 24. Средний возраст больных – 52 года. Благодаря УЗИ, у больных с новообразованиями околоушных слюнных желез впервые визуализированы морфологические изменения и целостность структур лицевого нерва на уровне выхода из шилососцевидного отверстия и в слюнной железе; отражено пространственное расположение структур лицевого нерва относительно опухоли; выполнено сравнение параметров лицевого нерва на «здоровой» и «больной» сторонах. Диаметр лицевого нерва на «здоровой» и «больной» сторонах у шилососцевидного отростка в среднем составил 1,6±0,1 мм, в толще околоушной слюнной железы 0,5±0,1 мм.

Выводы. УЗИ лицевого нерва на дооперационном этапе облегчает планирование хирургического вмешательства и позволяет уменьшить вероятность ятрогенной травмы лицевого нерва. Учитывая техническую легкость выполнения исследования, его быстроту и низкую стоимость, на текущий момент, среди всех неинвазивных процедур визуализации периферического отдела лицевого нерва, УЗИ не имеет сопоставимых аналогов по уровню диагностической значимости. Ультрасонография лицевого нерва после нейропластики в послеоперационном периоде обеспечивает дополнительный контроль над восстановительными процессами. При выполнении операций, нами выявлено совпадение клинической картины с данными УЗИ лицевого нерва, полученными в предоперационном периоде. Вышеизложенное позволяет рекомендовать УЗИ лицевого нерва в качестве необходимого компонента при обследовании пациентов с новообразованиями околоушных слюнных желез.

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕВРИТ ВТОРОЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Введение. В последние годы стали часто встречаться больные с воспалением второй ветви тройничного нерва после гайморотомии, вскрытия периостита и зубосохраняющих операций в переднем отделе верхней челюсти. По нашему мнению, причиной развития невропатии ветвей верхнечелюстного нерва является формирование послеоперационного рубцового блока (компрессия нерва рубцом). Особенностью является то, что

клиническая картина проявляется не сразу, а только через 6-12 месяцев после травмы.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 10 лет находилось 22 больных с диагнозом: «Посттравматический неврит второй ветви тройничного нерва» в возрасте от 39 до 57 лет. Из них подавляющее число были женщины (81,8 %). Сторона поражения зависела от места нанесения травмы и др.

Результаты Пациенты жаловалось на постоянные, периодически усиливающиеся, ноющие, жгучие боли, появление зон онемения или парестезии кожи верхней губы, щеки, подглазничной области, боковой стенки носа, зубов, десен, кожи лица. Из анамнеза установлено, что 10 больных подверглись радикальной гайморотомии, 4 - лечились по поводу субназального перелома верхней челюсти, 5 - производили перистотомию в области фронтальных зубов и у 3-х - после резекции верхушки корней верхних премоляров. Они отмечали появление этих жалоб через 4-6 месяцев после травмы и лечения в области альвеолярного отростка верхней челюсти. Из истории жизни выявлено, что сопутствующая патология не могла стать причиной и влиять на течение невропатии.

Клиника посттравматического неврита второй ветви тройничного нерва достаточно скудная. В связи с чем таких больных принимают за симулянтов и лиц с больной психикой. При обследовании отмечена слабоболезненная пальпация в области подглазничного нерва, снижение чувствительности кожи. Послеоперационный рубец, локализовался в верхнем отделе альвеолярного отростка верхней челюсти. При длительном течении неврита у обследуемых отмечена десквамация эпителия слизистой оболочки, рыхлость и кровоточивость десны, что указывало на трофические расстройства в зоне иннервации. Дополнительные методы исследования (рентгенологические, электроодонтометрия и др.) были мало информативны.

Лечение неврита начинали с устранения причины заболевания: купирования местного воспалительного процесса. Однако главным в терапии являлось ослабление или полная ликвидация влияния рубца, окутывающего нервный ствол (компрессия, нарушение трофики и др.). Для этого в ткани вокруг рубца вводили 10–40 мг/мл Кеналога или Дипроспана. В зависимости от эффективности действия препарата число инъекций могло достигать 5. Кроме того, на область рубца назначали 10 сеансов электрофореза 5000 ЕД гепарина, 10-15 сеансов фонофореза с мазью Контратубекса или 3000 МЕ геля Лонгидазы. Для снятия болей применяли анальгетики (анальгин, седалгин, ибупрофен и др.). По показаниям пациентам назначали антигистаминные препараты, транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты и др.

Основным показателем эффективности комплексного лечения было уменьшение или полное снятие болей, восстановление чувствительности кожи, слизистой оболочки и зубов верхней челюсти. Между тем следует отметить, невриты, вызванные «молодыми» рубцами (3-9 месяцев), почти полностью подверглись обратному развитию под действием кортикостероидов и физиотерапевтических мероприятий. В этом месте оставался мягкий белесоватый и несколько западающий рубец. У остальных больных под действием кортикостероидов и иммунотерапии регресс «старых» рубцов достигал 60-75%.

Заключение. Наш опыт свидетельствуют о том, что наиболее эффективным является комплексное лечение, состоящее из патогенетически обоснованных методов.

Пинелис И.С.

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМ РАНЕНЫМ В ТЫЛОВЫХ ГОСПИТАЛЯХ ЗАБАЙКАЛЬЯ (1941-1945 Г.Г.)

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Главной задачей стоматологии в годы Великой Отечественной войны было оказание помощи раненым на этапах эвакуации и возвращение их в строй. В эти годы сформировалась эффективная система оказания специализированной помощи челюстно-лицевым раненым. Ее основой стал опыт, накопленный в военных конфликтах у озера Хасан и на реке Халхин-Гол. В частности, в 1939 г. во время событий на реке Халхин-Гол основным центром военно-полевой хирургии стал, созданный в 1851 г., Читинский окружной военный госпиталь. За этот период времени госпиталь принял основной поток тяжелораненых из района боевых действий. Для изучения боевой травмы и оказания помощи медицинской службе округа в Читу приезжали известные военно-полевые хирурги С.С. Гирголав, Т.Я. Арьев, Н.Н. Еланский, А.А. Вишневский, Н. Н. Приоров и др. По данным архива Читинской области, челюстно-лицевых раненных было очень много, большинство которых нуждалось в длительном лечении и восстановлении.

Перед забайкальскими медиками стояла задача, не снижая уровня медицинского обслуживания

населения, в кратчайший срок организовать эвакогоспитали и прием раненых, обеспечить им необходимое обслуживание и лечение. Развернутые в Читинской области эвакогоспитали находились в ведении Наркомата обороны, Наркомата здравоохранения и ВЦСПС. В 1943 году функционировало в Чите 13 госпиталей, а к январю 1945 года 30 госпиталей располагались в крупных населенных пунктах по линии Забайкальской железной дороги.

Челюстно-лицевых раненных было очень много. Они нуждались в длительном многоэтапном лечении, зубном и челюстно-лицевом протезировании, в сложном восстановлении речи, приема пищи и др. Специализированная помощь челюстно-лицевым раненым оказывалась в стоматологическом эвакогоспитале № 1480 г. Чита, в котором врачи выполняли сложные челюстно-лицевые операции. Начальник челюстно-лицевого госпиталя, военный врач Жеребцов А.Д. (1917-1992), врачи Прудников К. М. (1917-1992) и Зверев Г.Ф с первых дней его организации активно использовали восстановительные операции (лоскутная пластика, стебель Филатова, свободная пересадка кожи, кости и др.) с хорошими функциональными и эстетически результатами.

Каждому челюстно-лицевому раненому составляли индивидуальный план лечения, применяли наложение вторичных швов, ранние пластические операции, активно использовалась лечебная физкультура и др. Кабинеты ЛФК оснащались механической аппаратурой, изготовленной на местных заводах. Более 92 % раненых назначали ЛФК до четырех раз в день. Все раненые, нуждающиеся в протезировании, концентрировались в стоматологическом и в протезном госпиталях. В начале войны зубные и челюстно-лицевые протезы изготавливали в Хабаровске, что удлиняло сроки выписки раненых. В декабре 1942 г. в Чите открыли зубопротезную мастерскую. В протезном госпитале на протяжении всей войны работала Золотухина В.Н. (в 1964 -1973 гг. - ассистент кафедры ортопедической стоматологии Читинского медицинского института).

По данным Госархива Читинской области, благодаря продуманной и хорошо организованной специализированной помощи в Забайкалье в строй возвращено до 80% раненых в челюстно-лицевую область.

Изучение вклада стоматологов Забайкалья в Великую победу в годы ВОВ войне, использование архивных материалов является важным для патриотического воспитания молодого поколения будущих врачей.

Ковалевский А. М., Подберёзкина Л.А., Потоцкая А.В.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность. Распространённость и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта на территории России остаются высокими, признаки поражения тканей пародонта имеют более 40% подростков и более 80% взрослых (Кузьмина Э.М., Янушевич О.О., 2016).

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения генерализованного пародонтита путем рационального применения физиотерапевтических методов для нормализации микроциркуляции крови в тканях пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП).

Материал и методы исследования

Для исследования кровотока в сосудах микроциркуляторного русла пародонта до и после физиотерапевтического лечения использовали метод ультразвуковой допплерографии с использованием ультразвукового аппарата Минимакс-Допплер-К (ООО «СП Минимакс»), Санкт-Петербург, регистрационное удостоверение МЗ РФ № ФСР 2007/00810 от 18.09.2007 г. Изучению подвергали сосуды пародонта в области боковых резцов верхней челюсти с применением датчика частотой 20 МГц в следующих точках локации: переходная складка слизистой оболочки полости рта, уздечка верхней и нижней губы, десневой край (сосочек и десневой желобок).

Обследовали 67 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) лёгкой степени в возрасте 40 – 55 лет, в том числе 42 мужчины и 25 женщин, которые были разделены на три группы. Всем пациентам проводилась профессиональная контролируемая гигиена полости рта (ПКГПР) по алгоритму Ковалевского А.М. (1998), назначались полоскания полости рта настоями лекарственных трав (ромашки, шалфея, зверобоя) 7 – 8 раз в день двухнедельным курсом, а также физиотерапевтическое лечение (10 процедур). Контрольную группу составили 11 человек (7 мужчин и 4 четыре женщины) со здоровыми тканями пародонта.

Пациентам 1-й группы (22 человека, 14 мужчин и 8 женщин) проводили электрофорез аскорбино-

вой кислоты, 2-й группы (21 человек, 13 мужчин и 8 женщин) – магнитотерапию, в лечении пациентов 3-й группы (24 человека, 15 мужчин и 9 женщин) применяли токи Д`Арсонваля.

Для оценки динамики состояния тканей пародонта использовали индексную оценку состояния пародонта: упрощенный индекс гигиены OHI-S (Green J., Vermillion J., 1964), десневой индекс GI (Loe H, Silness J.,1963), индекс кровоточивости SBI (Muhlemann H.P., Son S., 1971).

Обследование пациентов с допплерографическим исследованием микроциркуляторного русла проводили до физиотерапевтического лечения, в ходе курса лечения (после 5 процедур) и спустя 10 дней после проведения курса физиотерапии (непосредственные результаты лечения), через 3 (ближайшие результаты) и 6 месяцев после лечения (отдалённые результаты).

Функциональное состояние микроциркуляторного русла определяли с использованием функциональной пробы по непрямому действию холода (Шторм А.А., Поляк Л.В., Маслов В.В., 1984). Пробу осуществляли путём погружения пальца руки в сосуд с водой и измельченным льдом (2-5 С) на 3 минуты. Сравнивали показатели до погружения воду и через 1-1.5 мин и 2,5-3 минуты после холодовой пробы.

Результаты собственных исследований. При первичном обследовании пациентов во всех группах зафиксировано наличие пародонтальных карманов глубиной до 3,5 мм, отложений над- и поддесневого зубного камня, отёка и гиперемии десны, положительная проба Айнамо (кровоточивость десны при лёгком зондировании пародонтальных карманов). Индекс SBI у пациентов 1-й группы составил 2,1 ± 0,4, у пациентов 2-й группы 2,3 ± 0,4, у пациентов 3-й группы 2,3 ± 0,3. Патологической подвижности зубов не выявлено. Показатель индекса OHI-S у пациентов 1-й группы составил 2,4 ± 0,4, у пациентов 2-й группы 2,5 ± 0,3, у пациентов 3-й группы 2,3 ±0,5. Индекс GI у пациентов 1-й группы составил 2,0 ±0,3, у пациентов 2-й группы 2,2 ±0,4, у пациентов 3-й группы 2,1 ±0,3.

После проведения мероприятий ПКГПР у пациентов всех групп уменьшились явления отёка, гиперемии и кровоточивости десны, что свидетельствовало о ликвидации обострения хронического воспалительного процесса тканей пародонта и являлось критерием возможности назначения физиотерапевтического лечения. Соответственно существенно снизились (p <0,05) значения показателей индексной оценки состояния пародонта. Так, показатель индекса SBI у пациентов 1-й группы составил 0,7 ± 0,3, у пациентов 2-й группы 0,9 ± 0,2, у пациентов 3-й группы 0,8 ± 0,3. Показатель индекса OHI-S у пациентов 1-й группы составил 0,4 ± 0,1, у пациентов 2-й группы 0,4 ± 0,2, у пациентов 3-й группы 0,4 ±0,1. Индекс GI у пациентов 1-й группы составил 0,8 ± 0,3, у пациентов 2-й группы 0,9 ± 0,2, у пациентов 3-й группы 0,8 ±0,3.

После проведения курса физиотерапии у 17 пациентов первой группы вновь отмечено появление отёчности, гиперемии и кровоточивости десны, что закономерно отразилось на показателях индексной оценки состояния тканей пародонта. Так, у пациентов 1-й группы выявлено нарастание показателя индекса SBI (1,4 ± 0,2, p <0,05), индекса GI (1,5 ± 0,2, p <0,05), ухудшился и показатель индекса гигиены OHI-S (1,2 ± 0,3, p <0,05). Показатели индексов у пациентов 2-й и 3-й групп существенно не изменились (p> 0,05), хотя прослеживается тенденция к снижению показателя индекса SBI (0,6± 0,2 и 0,5 ± 0,2 соответственно).

Показатели функциональной диагностики до проведения лечения: у 1-й группы пациентов средняя линейная скорость кровотока составила 0,378 ± 0,096 см/с, 2-й группы 0,366 ± 0,089 см/с, и у 3 группы 0,373 ± 0,091 см/с соответственно. В 4-й (контрольной) группе величина показателя составила 0,521 ± 0,112 см/с.

На холодовую пробу при первичном обследовании среди пациентов 1-й группы нормальный тип реакции отмечен у 7 человек (31,8%), атипичный тип реакции – у 12 (54,5%), ослабленный тип реакции – у 3 (13,6%), во 2-й группе – 6 (28,6%), 11 (52,4%) и 4 (19,0%) соответственно, в 3-й группе – у 7 (29,2%), 12 (50,0%) и 5 (20,8%) соответственно, в 4-й (контрольной) группе – у 6 (54,5%), 1 (9,1%) и 4 (36,4%) соответственно.

При проведении обследования через 5 минут после первой физиопроцедуры среди пациентов 1-ой группы выявлена тенденция к снижению (0,347 ± 0,098 см/с), а у пациентов 2-й (0,396 ± 0,079 см/ с) и 3-й (0,398± 0,87 см/с) групп - тенденция к увеличению средней линейной скорости кровотока.

Данные функциональной диагностики, полученные непосредственно после завершения курса лечения, свидетельствовали об отсутствии в первой группе положительной динамики, а во второй и третьей группе отмечалось определённое улучшение гемомикроциркуляции. Так, у 1-й группы пациентов средняя линейная скорость кровотока

составила 0,369 ± 0,088 см/с, а во 2-й и 3-й группах 0,384 ± 0,081 см/ с и 0,386 ± 0,97 см/с соответственно. Однако различия между группами статистически недостоверны.

Результаты холодовой пробы при обследовании непосредственно после завершения курса лечения: среди пациентов 1-й группы нормальный тип реакции отмечен у 5 человек (22,7%), атипичный тип реакции – у 4 (18,2%), ослабленный тип реакции – у 13 (59,1%), во 2-й группе – 9 (42,9%), 5 (23,8%) и 7 (33,3%) соответственно, в 3-й группе – у 10 (41,7%), 6 (25,0%) и 8 (33,3%) соответственно, в 4-й (контрольной) группе – без изменений: у 6 (54,5%), 1 (9,1%) и 4 (36,4%) соответственно.

При обследовании в ближайшие сроки после лечения (3 месяца) выявлена тенденция (p>0,05) к ухудшению показателя линейной скорости кровотока среди пациентов 1-й группы (0,358 ± 0,074 см/с), а у пациентов 2-й и 3-й групп состояние гемомикроциркуляции в тканях пародонта оставалось стабильным (0,382 ± 0,087 см/ с и 0,384 ± 0,89 см/с соответственно).

Результаты холодовой пробы при обследовании ближайшие сроки после завершения курса лечения распределились следующим образом: среди пациентов 1-й группы нормальный тип реакции отмечен у 5 человек (22,7%), атипичный тип реакции – у 11 (50,0%), ослабленный тип реакции – у 8 (36,4%), во 2-й группе – 8 (38,1%), 8 (38,1%) и 5 (23,8%) соответственно, в 3-й группе – у 13 (54,2%), 3 (12,5%) и 8 (33,3%) соответственно, в 4-й (контрольной) группе – без изменений: у 6 (54,5%), 1 (9,1%) и 4 (36,4%) соответственно.

Через 6 месяцев у большинства пациентов 2-й и 3-й групп отмечена ремиссия ХГП, лишь у 4 человек (по 2 пациента 2-й и 3-й групп) наблюдалось эпизодическое кровотечение десны, средняя линейная скорость кровотока сохранялась на уровне исследования в ближайшие сроки после лечения, а средняя линейная скорость кровотока у пациентов 1-й группы демонстрировала тенденцию к снижению (0,352 ± 0,071 см/с). При этом у 14 пациентов 1-й группы зафиксировано значительное ухудшение состояния тканей пародонта, выражавшееся в нарастании явлений гиперемии, отечности, кровоточивости десен.

Так, у пациентов 1-й группы выявлено нарастание показателя индекса SBI (2,3 ± 0,4, p <0,05), индекса GI (2,0 ± 0,2, p <0,05), ухудшился и показатель индекса гигиены OHI-S (2,2 ± 0,1, p <0,05). В то же время, показатели индексной оценки состояния тканей пародонта у пациентов 2-й и 3-й групп существенно не отличались от данных обследования в ближайшие после лечения сроки (p> 0,05).

Выводы: 1. У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени выявлена тенденция к снижению линейной скорости кровотока в тканях пародонта и преобладание атипичной реакции сосудов пародонта на холодовую пробу.

Установлено неблагоприятное влияние электрофореза аскорбиновой кислоты (с катода) на состояние гемомикроциркуляции в тканях пародонта и положительный эффект курсов магнитотерапии и токов Д`Арсонваля.

В ближайшие и отдалённые после лечения сроки у пациентов второй и третьей групп, получавших курс магнитотерапии и токов Д`Арсонваля зафиксирована ремиссия ХГП лёгкой степени (в отличие от пациентов первой группы, получавших курс электрофореза).

Порицкий Ю.В., Воронов В.А., Смирнова А.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Травматический дакриоцистит часто возникает вследствие повреждений костей лицевого черепа. Лечение пациентов с травматическим дакриоциститом актуально как для врачей офтальмологов, так и оториноларингологов.

Цель работы: улучшить качество лечения пациентов с травматическим дакриоциститом.

Материал и методы. Прооперировано 3 группы пациентов(23 человека) с травматическим дакриоциститом. I группа – (9 случаев) - без смещения костных структур, формирующих носослезный канал. Выполнялась реканализация слезных путей.II группа – (11 случаев) с нарушением анатомической целостности костного носослезного канала. Выполнялась трансканаликулярная лазерная дакриоцисториностомия (ТЛДЦР). Пациенты Iи IIгрупп оперировались в клинике офтальмологии. III группа (4 случая) с сопутствующей патологией со стороны полости носа и околоносовых пазух. Выполнялась эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия с одномоментной коррекцией патологии полости носа и околоносовых пазух (в операционной клиники ЛОР) совместно-офтальмологом и отоларингологом. Все три вида оперативных вмешательств дополнялись одновременным стентированием слезных путей двойной силиконовой нитью.

В послеоперационном периоде пациентам назначались глазные капли с дексаметазоном и антибиотиками, ежедневное орошение полости носа солевыми растворами, а пациентам III группы дополнительно интраназально - глюкокортикоиды и антигистаминные препараты. Результаты. Функциональные результаты оценивали в сроки до 5 лет после удаления силиконовой нити (в III группе – до 1 года). У 7 больных I группы восстановлено слезоотведение. У 2 пациентов возник рецидив дакриоцистита, им выполнена ТЛДЦР со стентированием с хорошим результатом. У 8 больных II группы также восстановлено слезоотведение. У 3 пациентов возник рецидив дакриоцистита, одному из них выполнена ТЛДЦР повторно, двум пациентам выполнена эндоназальная ДЦР со стентированием с хорошим результатом. У всех пациентов III группы достигнут хороший функциональный результат. Заключение. Современные щадящие методы хирургического лечения пациентов с травматическим дакриоциститом, применяемые с учетом мультидисциплинарного подхода, эффективны, малотравматичны и привлекательны в косметическом плане.

Потоцкая А.В., Борисова Э.Г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ГЕЛЯ «ПАРОДОНТОЦИД» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Одной из актуальных задач современной пародонтологии является поиск новых средств для повышения эффективности профилактики заболеваний пародонта.

В настоящее время арсенал медикаментозных препаратов и методов лечения и профилактики обширен, но они, к сожалению, не всегда приводят к стойкой ремиссии заболевания.

Привлекает внимание использование в лечении заболеваний пародонта серии «Пародонтоцид», куда входят зубная паста, гель, спрей, раствор для полоскания полости рта. Выпускается российской фармкомпанией «МосФарма». Необходимо отметить, что в состав названных средств входят растительные препараты: эфирные масла шалфея мускатного, мяты перечной, гвоздики, душицы, фенилсалицилат, тимол, аллантоин. В доступной отечественной и зарубежной литературе мы не нашли методик использования данного геля для профилактических целей.

Целью исследования явилось проведение сравнительного анализа эффективности профилактики хронического генерализованного пародонтита легкой степени при использовании серии «Пародонтоцид» на основании клинических данных.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 29 пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит (ХГП) легкой степени. Средний возраст обследованных составил 52,4±5,8 лет. Длительность заболевания колебалась от 2 до 7 лет (средняя длительность 3,9±1,46 года). При обращении пациенты предъявляли жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов (95,91% из числа обследованных), во время приема твердой пищи (79,59%), неприятный запах изо рта (83,67%), зуд, боль в деснах (75,51%), периодически возникающее гноетечение (75,51%).

Исходя из данных литературы и собственных многолетних наблюдений, известно, что рецидив ХГП случается в сроки от 6 месяцев до года после лечения. После проведенного нами курса лечения, включающего ежедневное (утром и вечером) использование зубной пасты «Пародонтоцид», использование «Пародонтоцид» в виде полосканий ежедневно утром и вечером: 15-20 капель добавить в 1/3 стакана теплой воды, полоскать в течение 1-2 минут. Кроме того, всем пациентам ежедневно в течение 10 дней с гелем «Пародонтоцид» вводились турунды в пародонтальные карманы, мы рекомендовали пациентам через 3 месяца провести повторный курс использованием только зубной пасты и полосканий «Пародонтоцидом».

Результаты и их обсуждение. Из 29 пациентов, прошедших курс и проведших профилактический курс, на прием через 6 месяцев с явлениями обострения явились 3 пациента (10,34%). Такой относительно небольшой процент возникшего обострения ХГП указывает на возможность применения данного метода для профилактики данной патологии.

Кроме того, оценка состояния тканей пародонта с использованием пародонтальных индексов (индекса гигиены (Green – Vermillion), пародонтального индекса (Rassel), индекса кровоточивости) показала положительную динамику еще в процессе лечения. Если до лечения индекс гигиены (Green – Vermillion) был 3,36±0,2;пародонтальный индекс (Rassel) - 1,1±0,2; индекс кровоточивости - 1,31±0,3, то после описываемого выше проведенного лечения индекс гигиены (Green – Vermillion) стал 0,9±0,2;пародонтальный индекс (Rassel)

- 0,7±0,1; индекс кровоточивости – 0,6±0,2.

Выводы. Профилактическое действие данной серии изучалось нами впервые, но полученные результаты, простота методики применения, отсутствие побочных эффектов и экономическая выгода от применения, дают основание высказать предположении об ее эффективности в программе профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта

Гребнев Г.А., Ковалевский А.М., Прожерина Е.Ю.

СРЕДСТВА ИНТЕРДЕНТАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Стоматологи всего мира уделяют пристальное внимание проблеме профилактики стоматологических заболеваний вследствие их высокой распространённости. Причём оба важнейших заболевания – кариес и пародонтит - можно практически полностью предотвратить. Установлена прямая зависимость между распространенностью кариеса зубов, болезней пародонта и качеством индивидуального ухода за полостью рта.

Цель исследования: Повышение эффективности профилактики стоматологических заболеваний среди военнослужащих.

Материал и методы исследования. Обследовано 5 групп добровольцев – военнослужащих по призыву и курсантов высших военных учебных заведений, по 50 человек каждой группе.

Пациенты всех групп после проведения профессиональной гигиены полости рта (ПКГПР) использовали для чистки зубов зубную щетку и одинаковую зубную пасту с соблюдением всех необходимых правил чистки зубов.

Пациенты первой группы использовали для гигиены полости рта наряду с мануальными зубными щетками и зубными пастами зубочистки, второй группы - флоссы, третьей - флосстики, четвертой - лечебно-профилактическую нить, расфасованную в индивидуальные дозированные упаковки однократного применения, пропитанную сангвиритрином, пациенты пятой (контрольной группы) не применяли дополнительных средств интердентальной гигиены полости рта.

Оценивали исходное состояние полости рта. Повторное обследование пациентов проводилось на следующий день после лечения, затем состояние тканей пародонта оценивалось на 30 и 90 сутки после лечения.

Проводили определение комплексного периодонтального индекса (КПИ) П.А. Леуса (1988), индекса гигиены (ИГ) Ю.А. Фёдорова–В.В. Володкиной (1968), индекса PMA (Parma, 1960), индекса OHI-S Green J., Vermillion J. (1964), индекса кровоточивости SBI Muhlemann H.R., Son S. (1971).

Результаты исследования. Распространённость кариеса зубов среди военнослужащих 1, 2 и 5 групп составила 96% (48 человек из 50), 94% в 3-ей и 4-ой группах (47 человек). Распространённость воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) среди военнослужащих пяти групп составила от 68% до 72%.

Наилучшие значения показателей индексов гигиены отмечены среди военнослужащих, использовавших зубную нить в дозированной упаковке, показатель ИГ составил 1,5±0,3, существенно ($p < 0,05$) отличаясь в лучшую сторону как по сравнению с показателями до лечения, так и по сравнению с результатами пятой (контрольной) группы, что объясняется наличием одноразовой индивидуальной дозированной упаковки, после вскрытия которой образуются бумажные «держатели» нити, позволяющие пользоваться ею без наматывания на пальцы, т.е. более гигиенично, а также антисептическим и противовоспалительным действием сангвиритрина, пропитывающего нить.

Вывод. Среди апробированных средств интердентальной гигиены полости рта по результатам сравнительного исследования наибольшая эффективность отмечена при использовании расфасованной в индивидуальные дозированные упаковки однократного применения зубной нити, пропитанной сангвиритрином.

Рабинович И.М., Васильев А.В., Захарова К.Е.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СМАЗАННЫЙ СЛОЙ В ПРОЦЕССЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ

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

Актуальность Эндодонтия является одним из успешных направлений стоматологии. Благодаря наличию инструментария, оборудования и методов лечения в идеале эндодонтическое вмешательство должно закончиться успешно. Но при анализе результатов лечения в ряде публикаций

отмечено, что неблагоприятный исход наблюдается даже в случае «хорошо леченных каналов»

Проблема повышения эффективности эндодонтического лечения является весьма актуальной, т. к. продолжает оставаться высокой распространенность осложненных форм кариеса — 93,18%.

Успех эндодонтического лечения во многом зависит от качества удаления смазанного слоя, который формируется на стенке корневого канала в ходе его препарирования. Толщина смазанного слоя составляет от 1 до 6 мкм, а глубина его проникновения в дентинные канальца достигает 50 мкм. Смазанный слой состоит из органических и неорганических компонентов, он содержит микроорганизмы и является для них питательной средой. Проникновение смазанного слоя в дентинные канальца нарушает адгезию силера и гуттаперчи к стенкам корневого канала. Указанные обстоятельства диктуют необходимость удаления смазанного слоя.

Эндодонтическое лечение включает в себя инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов. Общепризнанными ирригантами для медикаментозной обработки являются 3-5% р-ры гипохлорита натрия, 2% р-р хлоргексидина, 17% р-р ЭДТА. Выявлено, что 3-5% р-р гипохлорита натрия и 17% р-р ЭДТА достаточно эффективно удаляют смазанный слой со стенки корневого канала.

Однако для эффективного удаления смазанного слоя необходима длительная и многократная ирригация корневого канала, строгая последовательность в использовании (установлено, что взаимодействие гипохлорита натрия с раствором хлоргексидина образует нерастворимый преципитат, блокирующий дентинные канальца). Также проведенные исследования (Zmeneret al,2005) подтвердили неполное удаление смазанного слоя после ирригации корневого каанала растворами гипохлорита натрия и ЭДТА. Поэтому предпринимаются попытки оптимизации удаления смазанного соя с помощью новых ирригационных растворов.

В дополнение к общепризанным химическим и механическим средствам для обработки корневых каналов в клиническую практику эндодонтического лечения внедрено внутриканальное использование физических методов. В исследованиях, посвященных эндодонтии, освещается применение акустической обработки, озона, вакуума, фотоактивируемой дезинфекции. В результате исследования, проведенного Голубевой С.А. (2014 год) доказано, что использование метода фотодинамического воздействия в качестве дополнения к медикаментозной обработке корневых каналов стандартными способами повышается клиническая эффективность эндодонтического лечения, что было выражено в уменьшении субъективных и объективных осложнений в ближайшие сроки после обтурации корневых каналов а также в положительной динамике деструктивных изменений по данным рентгенологической картины.

Однако остается не выясненным, как меняется морфология стенки корневого канала под действием фотосенсибилизатора в сочетании с источником лазерного излучения и насколько глубоко открываются дентинные канальца.

Материалы и методы. Объектом исследования являлась внутренняя стенка корневого канала и смазанный слой на поверхности дентина корня постоянных зубов.

Было проведено экспериментальное исследование по изучению ультраструктуры стенки корневого канала после фотодинамического воздействия. Всего было исследовано 46 однокорневых интактных зубов, удаленных по ортодонтическим показаниям.

Непосредственно после удаления корни зубов очищали от фрагментов периодонтальной связки и погружали в 0,5% р-р хлорамина на 7 дней, после чего зубы хранили в физиологическом растворе в холодильнике при температуре 4 градуса Цельсия. Во всех зубах создавали эндодонтический доступ, удаляли ткани пульпы, после чего устанавливали рабочую длину с помощью К-файла №10 по ISO.

Препарирование корневых каналов проводили ручными стальными файлами с лубрикантом « MD-ChelCream” (MetaBiomedCoLtd). Применение вращающих файлов чередовали с применением ручных стальных К-файлов №10 и №15 по ISO. Лубрикант использовался только на промежуточных этапах обработки корневых каналов.

Предварительное прохождение и расширение корневого канала на уровне 2/3 его длины проводили формирующими файлами S1 и SX. Препарирование корневого канала до рабочей рабочей длины проводили формирующими файлами S1 и S2. После калибровки диаметра малого апикального отверстия при необходимости использовали финишные файлы F2 и F3. Проходимость корневого канала после каждого применения ProTaper осуществляли при помощи эндодонтического мотора X-Smart (Dentsply/Maillefer), скорость вращения составляла 250 об/мин., момент вращения

(торк) для формирующих файлов S1 – N3 см., S2 – 1 N см, Sx – 3N см, финишных файлов F1 – 1,5 N см, F2 и F3 – 2 N см.

Зубы были разделены на контрольную группу (10 зубов) и основную (36 зубов). В корневых каналах зубов контрольной группы была проведена только механическая и медикаментозная обработка 3% р-ром гипохлорита натрия. В корневых каналах зубов основной группы осуществлялось фотодинамическое воздействие.

Методика фотодинамического воздействие состояла в следующем: в корневых каналах зубов основной группы была проведена аппликация 0,5% геля фотодитазина, с разным временем экспозиции (1,2 и 3 минуты), после удаления геля было проведено лазерное воздействие в течение различного времени (1,5 и 2 минуты).

Использовались два прибора : «Лазурит», с длиной волны 635 нм, выходной мощностью 50-100 мВт (Англия) и «Фотосан» (Дания) с длиной волны 635 нм и выходной интенсивностью 2000 мВт/см2.

Затем зубы контрольной и основной группы были распилены вертикальной и закреплены в блоки. На сканирующем электронном микроскопе JEOL JSM – 6510 (Япония) была изучена ультраструктура дентина корневого канала и получены микрофотографии стенки корневого канала при увеличении *2000 в устьевой, центральной и апикальной частях корневого канала.

Затем была проведена оценка эффективности удаления смазанного слоя на полученных изображениях по шкале: 0 баллов — отсутствие смазанного слоя и на единице площади определяется максимальное количество открытых дентинных канальцев с глубиной 2-3 микрона, 1 балл — незначительное количество смазанного слоя, множественное открытие дентинных канальцев, 2 балла — большое количество смазанного слоя, открытые дентинные канальца отсутствуют. Оценка эффективности удаления смазанного слоя была проведена в устьевой, центральной и апикальной частях корневого канала.

Результаты исследования. В результате электронно-микроскопического исследования выявлено, что стенка корневого канала зубов контрольной группы была покрыта большим количеством смазанного слоя на всем протяжении корневого канала, незначительное количество открытых дентинных канальцев присутствует только в устьевой части канала, что соответствует по шкале 2-2-2 баллам в устьевой, центральной и апикальной частях канала соответственно

При оценке полученных изображений зубов основной группы, было установлено, что при экспозиции 0,5% геля фотодитазина в течение 1,2 и 3 минут и времени лазерного излучения 1,5 и 2 минут наблюдаются следующие результаты:

При экспозиции 0,5% геля фотодитазина в течение 1 минуты и времени лазерного излучения 1,5 минуты в устьевой части корневого канала отмечается незначительное количество смазанного слоя, множественное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 1 баллу; в центральной части корневого канала отмечается незначительное количество смазанного слоя, множественное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 1 баллу, в апикальной части имеется значительное количество смазанного слоя, открытые дентинные канальца отстутствуют, что соответствует по шкале 2 баллам.

При экспозиции 0,5% геля фотодитазина в течение 1 минуты и времени лазерного излучения 2 минуты в устьевой части корневого канала отмечается незначительное количество смазанного слоя, множественное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 1 баллу, в центральной части корневого канала отмечается незначительное количество смазанного слоя, множественное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 1 баллу, в апикальной части имеется значительное количество смазанного слоя, открытые дентинные канальца отстутствуют, что соответствует по шкале 2 баллам.

При экспозиции 0,5% геля фотодитазина в течение 2 минут и времени лазерного излучения 1,5 минуты в устьевой части канала имеется незначительное количество смазанного слоя, множественное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 1 баллу, в центральной части корневого канала на единице площади смазанный слой отсутствует, определяется максимальное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 0 баллам, в апикальной части определяется незначительное количество смазанного слоя, что соответствует по шкале 1 баллу.

При экспозиции 0,5% геля фотодитазина в течение 2 минут и времени лазерного излучения 2 минуты в устьевой части канала смазанный слой отсутствует, определяется максимальное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 0 баллам, в апикальной части корневого канала на единице площади смазанный слой отсутствует, определяется максимальное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 0 баллам.

При экспозиции 0,5% геля фотодитазина в течение 3 минут и времени лазерного излучения 1,5 минуты в устьевой части канала смазанный слой отсутствует, определяется максимальное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 0 баллам, в апикальной части корневого канала на единице площади смазанный слой отсутствует, определяется максимальное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 0 баллам.

При экспозиции 0,5% геля фотодитазина в течение 3 минут и времени лазерного излучения 2 минуты в устьевой части канала смазанный слой отсутствует, определяется максимальное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 0 баллам, в апикальной части корневого канала на единице площади смазанный слой отсутствует, определяется максимальное открытие дентинных канальцев, что соответствует по шкале 0 баллам.

Для фотоактивации 0,5% геля фотодитазина были применены различные источники излучения: Лазурит и Фотосан, однако значимых различий в результатах не наблюдалось.

Выводы. При воздействии лазерным излучением с длиной волны 630-660 нм или аналогами происходит разрушение смазанного слоя, обработанного фотодитазином, чем обеспечивается эффективное очищение стенок корневых каналов от смазанного с обеспечивается лучшая адгезия корневой пломбы к стенкам канала. Данный механизм обусловлен тем, что фотодитазин хорошо растворяется в белково-липидных субстанциях, которыми богат смазанный слой, образующийся при эндодонтической обработке.

Семенов М.Г., Коваленко К.Ю.

УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Северо-Западный государственный университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

В структуре патологии развития челюстно-лицевой области врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) составляет 86%. Медицинская и социальная реабилитация больных страдающих этим пороком представляет собой длительный комплексный, многоэтапный процесс, и является актуальной проблемой в здравоохранении.

Врождённая расщелина верхней губы сопровождается рядом структурных, функциональных и эстетических нарушений, которые плотно взаимосвязаны между собой, и влияют на качество жизни, психологический статус и социальную адаптацию. В результате этого у больных формируется аддиктивное поведение, низкая самооценка и нарушение социальных контактов. По данным А.Ю. Суркина (2004) 23% таких больных недовольны своей внешностью, как результатом хирургического лечения и медицинской реабилитации. Особое значение в этой связи имеет изучение уровня субъективного контроля (УСК) – качество, характеризующее склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности либо внешним силам, либо собственным усилиям. УСК оказывает регулирующее влияние на многие аспекты поведения человека, играя важную роль в формировании межличностных взаимоотношений, в способе разрешения стрессовых ситуаций, в отношении к болезни и лечебным мероприятиям.

Цель: изучить уровень субъективного контроля больных с ВРВГН после завершения медицинской реабилитации.

Материалы и методы: обследовано 27 пациент с ВРГН после ранее проведенных хирургического лечения и реабилитации, в возрасте от 25 до 40 лет. Все пациенты прошли обследование тест-опросником уровня субъективного контроля по Е.Ф.Боженову и соавт.

Результаты: изучив полученные данные тестов уровня субъективного контроля у 27 пациентов с врожденной расщелины верхней губы и неба у взрослых больных, выявлен нормальный уровень субъективного контроля более чем у половины обследованных – 66%,интернальный у 27% , и 7% - экстернальный тип контроля.

Выводы: анализ уровня субьективногоконтроля показывает, что большинство больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба адекватно оценивают свою роль в наступлении и развитии событий, происходящих в их жизни, а так же допускают влияние внешних факторов, что благоприятно влияет на отношение к болезни и возможное продолжение лечения. Стоит так же обратить внимание на одну треть больных, нуждающихся в дообследовании и консультации психолога.

Силюк М.Г.

БИОМЕТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению тяжести повреждений. Происходит это из-за преобладания множественных и сочетанных травм в структуре общего травматизма. Причинами возникновения тяжелой сочетанной травмы в Санкт-Петербурге является: в 70,3% -дорожно-транспортные происшествия, 18,9% - падение с высоты; побои, ранения – 8,1%, другие причины – 2,7%. Абсолютное большинство пострадавших составляют лица трудоспособного возраста, именно это и объясняет медицинскую и социально-экономическую значимость данной проблемы.

Цель исследования: Определить оптимальную тактику лечения сочетанной травмы челюстно-лицевой области на основании объективной оценки тяжести повреждений и состояния пострадавших.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 37 историй болезней пациентов с сочетанной травмой. Для объективной оценки тяжести состояния при поступлении была использована шкала ВПХ-СП, для определения тяжести повреждения – шкала ВПХ-П (разработаны проф. Гуманенко Е.К. и соавт. на кафедре Военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М. Кирова).

Результаты. Средний балл тяжести состояния при поступлении составил 24,2±0,95. При этом 2,7% пострадавших поступило в клинику в удовлетворительном состоянии, 48,6% - в тяжелом состоянии, 32,4% в состоянии средней степени тяжести, в крайне тяжелом – 13,5% и в критическом состоянии 2,7%. Средний балл тяжести повреждений составил 3,58±0,36.

На момент выполнения остеосинтеза в состоянии компенсации находилось 51,4% пациентов, что позволило применить сочетание нескольких видов остеосинтеза, с преимущественным использованием погружных способов в зависимости от особенностей и локализации переломов. В группе пострадавших, которые находились в субкомпенсированном состоянии (32,4%), также использовались все виды остеосинтеза, однако увеличилась частота применения внеочаговых способов. Применение остеосинтеза у пострадавших с декомпенсированным состоянием (16,2%) выполнялось только по жизненным показаниям с преимущественным использованием малотравматичной внеочаговой фиксации.

Заключение. Таким образом, прогнозирование исхода лечения тяжёлой сочетанной травмы ЧЛО является объективным методом определения хирургической тактики в остром периоде ТБ. При благоприятном прогнозе создаются условия для применения полного спектра хирургических вмешательств на ЧЛО в остром периоде ТБ. При положительном и неблагоприятном прогнозах – методом выбора является тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения – Damage control surgery.

Слесарев О.В., Байриков И.М.

ХАРАКТЕР ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП В СТРУКТУРЕ ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель: анализ структуры обращаемости и характера формирования клинических групп пациентов с височно-нижнечелюстными расстройствами (ВНЧР).

Материалы и методы. Обследовано 28 (15,9%) мужчин и 148 (84,1%) женщин с ВНЧР. Проанализировано 604 компьютерных томограммы. Статобработка включала анализ таблиц сопряжённости по критерию хи-квадрат.

Результаты исследования. 28% пациентов первоначально наблюдались в общеклинической сети с лицевыми болями. При обращении в стоматологические клиники установлен первичный клинический диагноз: артрозо-артрит (71%), вывих или подвывих головки височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) (16,5%), дисфункция ВНЧС (12,5%). Рентгенологически выявлено сочетание функциональных нарушений (75%) с дегенеративно-дистрофическими поражениями (67%) ВНЧС, рентгенологическая норма в 9% случаях. Анализ историй болезни показал, что у 35 пациентов (19,9%) выявлены аномалии прикуса, у 26 больных (14,8%) - отсутствие жевательных зубов с двух или с одной стороны нижней челюсти на протяжении последних двух – трёх лет. В анамнезе у 19 больных (10,8%) были травмы нижней челюсти, у 11 из них - внутрисуставные переломы мыщелкового отростка. 22 пациента (12,5%) были направлены на рентгенологическое исследование ВНЧС с диагнозом дисфункцияВНЧС с ограничением подвижности мыщелкового отростка нижней челюсти.

По характеру визуализаций ВНЧС установлены клинические особенности ВНЧР у женщин, в

зависимости от репродуктивного периода. В пубертатном – преобладало ограничение подвижности сустава (44,4%, p=0,045 по сравнению с вывихом головки иартритом, p=0,024); в раннем репродуктивном – подвывиха головки (48,5%, p<0,010 со всеми видами выявляемой патологии, кроме деформирующего артроза). В позднем репродуктивном и периоде перименопаузы у половины обследованных отмечен деформирующий артроз (52,8% позднем репродуктивном и периоде, p<0,01 со всеми видами выявляемой патологии, кроме ограничения подвижности в суставе; 50 % в перименопаузе (p<0,05 с рентгенологической нормой, вывихом головки и артртиом), в постменопаузе – артрит и склерозирующий артроз (30,8 % и 27,8 %). Наибольшая обращаемость женщин выпадает на ранний и поздний репродуктивный периоды (56%). Отмечается сочетанное присутствие функциональных и дегенеративно-дистрофических поражений, причём с преобладанием функциональных нарушений в различных сочетаниях клинических форм.

Выводы. Характер формирования клинических групп в структуре обращаемости пациентов с ВНЧР определяется местом первичного обращения, специализацией учреждения и уровнем владения приёмами первичной диагностики ВНЧР. Это влияет на качество маршрутизации пациентов и является причиной хронизации (58%) ВНЧР.Волнообразное течение заболевания со сменой периодов активной симптоматики и относительного улучшения состояния создаёт ложную картину эффективности лечения.

Слесарев О.В., Байриков И.М.

СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ И КОММУНИКАТИВНЫХ ДЕВИАЦИЙ НА ПАТОГЕНЕЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ РАССТРОЙСТВ, ОСЛОЖНЁННЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель. Для определения степени влияния психологических феноменов и коммуникативных девиаций на патогенез височно-нижнечелюстных расстройств (ВНЧР), осложнённых хронической болью, проведён контролируемый рандомизированный анализ 41-го клинического случая (17 % от общего числа наблюдений).

Методы исследования. Применяли исследовательские диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств (DworkinS.F., LeRescheL., 1992) – ось II: оценка показателей по шкале SCL-90-R (DerogatisL.R., 1973) в модификации DworkinS.F., LeRescheL. (1992); оценка хронической боли по шкале GCPS (VanKorffM. etal, 1992);определяли височно-нижнечелюстной индекс (PehlingJ. etal., 2002).

Определяли степень выраженности локального судорожного ответа и воспроизводимость боли в баллах (искусственное провоцирование паттерна отражённых болей) по Клиниберг И., Джагер Р. (2006). Методом интервьюирования в рамках описательного подхода проведена клиническая диагностика психологических феноменов и коммуникативных девиаций по RogersR.C. (2002).

Результаты.У 17 % пациентов ВНЧР осложняются хронической болью и проявляются как симптомокомплекс на фоне психологических девиаций, маскирующихся жалобами на другие проблемы, в т.ч. ятрогенного генеза. По характерологическим признакам психологических феноменов и коммуникативных девиаций больных распределили на группы А и Б. «А» - 63% от анализируемых случаев, - пациенты с проявлением девиаций поведения на уровне феномена и с соматическими проблемами (нейровегетативный или окклюзионный дисбаланс, ятрогения).Выявлена I и II степень нетрудоспособности с низкой интенсивностью боли - CPI ≤ 50. Характер механизма формирования и трансляции боли ноцицептивный. По шкале SCL-90-R показатели депрессии соответствуют норме (< 0,535), а неспецифические симптомы психических нарушений, включая боль, имеют нормальное и среднее значения - 0,500.«Б» - 37% от анализируемых случаев, - пациенты с соматическими и психосоматическими проблемами с проявлением девиаций поведения на уровне симптома, у 20% из них выявляется состояние атрибуции (тревожность, ипохондрия, неврастения, ятрогения, рентные требования).В группе «Б» диагностированы сенсорные феномены: парестезии и дизестезии – вызванные дислокацией и ущемлением диска, проявляющиеся жалобами на потерю чувствительности или покалывание кожных покровов в области латерального полюса головки ВНЧС и передней половины ушной раковины, и длящиеся от нескольких секунд до нескольких дней. I- IVстепень нетрудоспособности, аCPI 50.По шкале SCL-90-Rопределена депрессия средней и тяжёлой степени тяжести (0,535 – 1,105 и более) с неспецифическими психическими симптомы в пределах – 0,500 до < 1,000.

Выводы. Характер клинических проявлений ВНЧР, осложнённых хронической болью, определяется когнитивно-поведенческим профилем пациента, а не степенью анатомо-функциональных нарушений в ВНЧС и мускулатуре, и оказывает прямое влияние на характер болевого поведения. Комплексная диагностика ВНЧР и мониторинг результатов терапии должны проводиться с использованием ИДК ВНЧР. Курацию пациентов с ВНЧР необходимо проводить в клинике, обладающей соответствующим уровнем профессиональных компетенций.

Соколович Н.А., Седнева Я.Ю.,
Пономарева К.Г.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Санкт-Петербургский государственный университет; Санкт-Петербург

По данным второго национального эпидемиологического обследования стоматологической заболеваемости населения России (Э.М.Кузьмина,2008 г.) Санкт-Петербург стал одним из «лидеров» по уровню интенсивности кариеса у детей среди обследованных крупных городов Российской Федерации – индекс КПУ в ключевой возрастной группе 12 лет составил 3,75 при среднем уровне по России 2,51.

Высокая стоматологическая заболеваемость требует больших усилий со стороны организаторов здравоохранения и детских стоматологов для сохранения и улучшения стоматологического здоровья детей.

Стоматологическая помощь детскому населению Санкт-Петербурга оказывается в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения РФ № 910н от 13 ноября 2012 г. В 29 медицинских организациях, в т.ч. специализированные детские стоматологические поликлиники, отделения соматических и стоматологических поликлиник, а также стоматологические кабинеты в образовательных организациях, имеющих 923291 прикрепленного пациента в возрасте от 0 до 18 лет. Одно АПУ работает в круглосуточном режиме.

Общая мощность амбулаторной детской стоматологической службы по состоянию на декабрь 2016 года составляет 4179 посещений в смену.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям со стоматологическими заболеваниями, в стационарных условиях оказывается в 6 учреждениях, в т.ч. Федерального подчинения.

За последние годы в работе детской стоматологической службы укрепились положительные тенденции её развития:

увеличивается охват детского населения профилактическими осмотрами

растет объем профилактической работы, в том числе с применением современных высокоэффективных средств стоматологической профилактики

уменьшается доля осложненного кариеса в структуре стоматологической патологии

наблюдается рост числа лиц, получающих ортодонтическую помощь, внедряются новые высокоэффективные технологии и др.

Однако, некоторые показатели вызывают настороженность. Так, отмечается невысокий процент лиц, завершивших лечение санацией. Кроме этого, в течение последних пяти лет не имеет тенденции к снижению количество постоянных зубов, удаляемых в детском возрасте.

Эти и другие проблемы требуют пристального изучения и поиска решений, в т.ч. с применением новых организационных форм и современных технологий.

Карпова Т.Н. Чепик Г.С. Солдатов И.К.

К ИСТОРИИ ВОПРОСА О РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ РАНЕНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. В 1946 году издательство Министерства здравоохранения СССР МедГиз (Ленинград) выпустило в свет монографию М.Е. Хватцева «Восстановление речи у раненых в челюстно-лицевые области». Автор монографии при ее написании использовал 25 литературных источников (из них 2 иностранных), авторами которых являются челюстно-лицевые хирурги, специалисты по лечебной физкультуре и логопеды [1].

Литературные источники объединены в разделы: 1. Общий раздел. 2. Челюстно-лицевые ранения и нарушения речи.

В числе стоматологов указаны следующие ученые: В.Н. Бынин, А.В. Катц, В.Ю. Курляндский, Я. Вербицкий, М.М. Ладыженский, И.Г. Лукомский, Н.М. Михельсон; в числе специалистов по лечебной физкультуре и гимнастике: П.В. Андринг, В.К. Добровольский, З.П. Фирсов; логопедов представляют: А. Александров, М.Г. Генинг, С.М. Доброгаев, З.Г. Нелюбова, Е.Ф. Рау, М.Е. Хватцев; иностранных специалистов: E. Freide, Frschels.

Цель исследования. Осветить и оценить методы восстановления речи у челюстно-лицевых раненых в историческом аспекте, описанные в монографии М.Е. Хватцева.

Материалы и методы. Исследование М.Е. Хватцева проведено на клиническом материале раненых с нарушением речи от 44 до 47% находившихся на лечении двух специализированных госпиталей (проанализирована частота повреждений органов речи по данным ленинградских лечебных учреждений – эвакогоспиталей (ЭГ) и города Фрунзе.

Больные подбирались для групповых занятий по: а) развитию движений нижней челюсти; б) устранению гнусавости; в) восстановлению функции губ и артикуляции; г) восстановлению функции и артикуляции языка; д) восстановлению функции в более обширных и сложных поражениях. Логопедические занятия проводились в увязке с лечебной физкультурой.

Результаты и их обсуждение. М.Е. Хватцев установил, что ведущим специалистом в организации реабилитационного процесса является логопед, хорошо знающий принципы, основные методы и организацию лечебной физкультуры, а специалисты лечебной физкультуры должны быть знакомы с фонетикой русского языка (описание типовых артикуляций и произношений звуков) и главные логопедические приемы постановки звуков и закрепления их в речевой практике.

Таким образом, раненые в челюстно-лицевую область, по мнению автора, нуждаются в комплексном лечении, при участии хирурга, ортопеда, физиотерапевта и логопеда. При этом необходимо придавать большое значение психологическому аспекту в работе по восстановлению речи.

Заключение. Установленные и разработанные М.Е. Хватцевым принципы организационной структуры первых реабилитационных бригад в составе: хирурга, ортопеда, физиотерапевта и логопеда являются основополагающими и актуальными на сегодняшний день в медицинской реабилитации челюстно-лицевых раненых, и могут применяться при лечении челюстно-лицевых раненых в госпитальной базе.

Карпова Т.Н., Чепик Г.С., Солдатов И.К.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНОЛИТИЧЕСКИХ СРЕДСВ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

После различных травм и выполнения операций в челюстно-лицевых областях, по устранению последствий этих травм, могут возникать патологические рубцы (гипертрофические и келоидные). Рубцы, расположенные на лице доставляют наибольший дискомфорт и проблемы пациентам, существенно снижая их «качество жизни». Поэтому, профилактика и лечение посттравматических рубцов после челюстно-лицевых операций является большой медицинской и социальной задачей, реабилитационным аспектом для всех больных, перенесших оперативное вмешательство после огнестрельных ранений, ожогов, бытовых травм и травм, полученных после ДТП.

Современные знания о патогенезе роста рубцовой ткани, методов лечения, можно условно разделить на угнетение избыточной пролиферации миофибробластов и процесса естественной физиологической деградации (разрушения) коллагена связан с воздействием коллагеназы, вызывающей протеолиз избыточного коллагена.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и оптимизации способа введения косметического средства ферменкол в целях профилактики и лечебной коррекции рубцов. Ферменкол представляет собой смесь протеаз (коллагеназ) Изучена эффективность применения ферменкола в коррекции патологических рубцов различной локализации у 110-и пациентов. Комплекс проявляет не только коллагенолитическую, но и общую протеолитическую активность. Уменьшение гипертрофических и келоидных рубцов лица, в частности посттравматических рубцов челюстно-лицевых областей происходило в 21-ти случаях наблюдения вследствие гидролиза коллагена рубцов.

Ферменкол вводили методом электро- и ультрафонофореза. В ходе исследования определяли изменения характеристик рубцовой ткани по ранее разработанной шкалеклинических признаков в процессе применения препарата.

Выводы. В результате исследования эффективности проводимой терапии патологических рубцов лица коллагенолитическим средством ферменкол на 21-ом пациенте (пациенты с посттравматическими рубцами челюстно-лицевой

области) мы отметили, что данный препарат обеспечил положительную динамику всех исследованных нами клинических параметров. Электрофорез и ультрафонофорез ферменкола являются наиболее эффективным механизмом транспорта ферментного комплекса коллагеназ и позволяют доставлять коллагенолитические ферменты в глубокие участки рубцовоизмененной кожи.

Проведенное нами исследование позволяет сделать вывод о целесообразности использования ферменкола, имеющим патогенетическую направленность при формировании рубцов и обладающего коллагенолитическим действием, в схемах лечения больных страдающих рубцами лица, в частности после травм челюстно-лицевых областей.

Физические методы лечения являются основной частью комплексной программы лечения (коррекции) рубцов с локализацией на лице (клинические рекомендации класс I).

Соловьёв М.М.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ПОЛИМОРБИДНУЮ ПАТОЛОГИЮ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИТКИ ПСАФ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Системный подход к исследованию пациента требует выявления и оценки местных проявлений патологического процесса, системных реакций организма и его психологического статуса – внутренней картины заболевания. В ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова разработана и используется в образовательном, лечебном и научно-исследовательском процессе метод первичной экспресс-диагностики аутодезадаптации. (Пособие для обучающихся: «Первичная экспресс-диагностика внутренней картины болезни с использованием Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации» под редакцией проф. А.И. Ярёменкою Авторы: Соловьёв М.М., Ткаченко, Т.Б., Исаева Е.Р., Ванчакова Н.П. Издательство СПбГМУ. 2016).

Методика особенно информативна и эффективна при использовании её у пациентов с полиморбидной, психосоматической патологией. Она отражает в определённой мере внутреннюю картину болезни, доступна для освоения студентами, практическими врачами, не занимает много рабочего времени у врача, может использоваться в условиях амбулаторного приёма, способствует формированию у студентов и врачей навыка системного подхода к исследованию больного. Она может использоваться с научной целью при изучении эффективности применения лекарственных средств и различных технологий медицинского назначения.

Анализ выраженности и структуры ПСАФ аутодезадатации позволяет обосновать необходимость направления пациента на консультацию к медицинскому психологу, в корректной форме передать ему данные обследования пациента, разработать индивидуально ориентированную программу лечения и реабилитации.

Информация, полученная от пациента при заполнении им «Листа добровольной доверительной информации врача», облегчает формирование доверительных отношений между ними, может использоваться с целью предупреждения и разрешения конфликтных ситуаций.

Столяренко П. Ю.

ВКЛАД СЕВЕРИНА ТИГЕРШТЕДТА В РАЗВИТИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Травма сопутствует человеку на протяжении всей его жизнедеятельности. Вот уже более 100 лет стоматологи и челюстно-лицевые хирурги успешно применяют для репозиции и фиксации фрагментов челюстей гнутые проволочные назубные шины, разработанные ещё в периодПервой мировой войны зубным врачом Киевского военного госпиталя С.С. Тигерштедтом (1915). К сожалению, вековой юбилей создания военно-полевой системы шинирования у специалистов стоматологов прошел незамеченным. О Северине Северриновиче Тигерштедте в нашей специальной литературе известно очень мало (Бойчак М. П., 2006; Камалов Р. Х. и соавт., 2006; Столяренко П. Ю., 2012, 2015;Чепик Г. С., 2013). С чем это связано? Белые пятна историиXX столетия…

Цель доклада:дать оценку вкладу С.С. Тигерштедта в становление и развитие челюстно-лицевой травматологии (ЧЛТ), раскрыть малоизвестные страницы биографии и деятельности этого полузабытого пионера ЧЛТ.

Метод Тигерштедта представляет собой целую систему конструкций алюминиевых шин, весьма эффективных в военно-полевых условияхи показанных почти при всехвидах переломов челюстей. Эта система поэтому называется универсальной. Заслугой Тигерштедта является также удачный

выбор металла – алюминия, весьма удобногодля изгибания. Шинирование по Тигерштедту благодаря этим достоинствам стало методом выбора при лечении челюстно-лицевых ранений и способствовало внедрениюраннего ортопедического лечения в ЧЛТ. Шина Тигерштедта и ее модификации А.А. Лимберга, А.Э. Рауэраи других авторов по сравнениюс шинами зарубежных специалистов (HammondH., 1872; SauerC., 1881; SchroederH., 1911) является самой простой, легкой в изготовлениии весьма эффективной. Этим иобъясняется ее успех в ЧЛТ, особенновоенной.

Северин Вандалин Густав Тигерстедт(так пишется в Финляндии и Швеции) родился11 января 1882 года в городе Софии в многодетной семье благородного шведского рода Тигерстедтов. В 1884 году по политическим причинам семья покинула Болгарию, отец вернулся на воинскую службу в российскую армию. Семьяв эти годы проживала в Санкт-Петербурге и Москве. Северин Тигерстедтв 1903 г. окончил школу кадетских прапорщиков в Александровском военном училище. Принимал участие в Русско-японской войне (1904-1905). К началу Первой мировой войны в 1914 году, финский гражданин резервист Северин Тигерстедт сразу отправился в Москву, чтобы присоединитьсяк 27-му Сибирскому стрелковому полку, дислоцированному в Иркутске. Вовремя Первой мировой войны онслужил на восточном фронте в полевом госпитале Красного Креста-Финляндии, затембыл командирован в Киевский военныйгоспиталь, где работал зубным врачом до 1917года. После возвращения в Финляндию Северин служил в Хельсинки в стоматологическом отделении военного госпиталя Красного Креста Финляндии. В 1936году вместе с профессором Рихардом Фальтиным участвовал в военной экспедиции в Абиссинию. В 1943 году С. Тигерстедт в Стокгольме на шведском языке опубликовал книгу «Полевая система»:«многоцелевая иммедиат-система для ортопедического лечения челюстно-лицевых травм в военно-полевых условиях», которую посвятил уважаемому профессору Рихарду Фальтину. Эта работа подводит итог многолетнего практического применения системы, иллюстрирована 36 оригинальными рисунками.

Умер Северин Тигерстедт14 декабря 1954 г. в возрасте 72 лет в Хельсинки (Южная Финляндия). Похоронен в Kokemäki (Кокемяки, Западная Финляндия). Несмотря на более широкоеприменение высокотехнологичныххирургических методов лечения с использованием мини-пластин из титана, метод Тигерштедта занимает достойное место в ЧЛТ и практической стоматологии.

Строев Ю.И., Чурилов Л.П.

В.А. ОППЕЛЬ КАК КЛАССИК ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ (К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Владимир Андреевич Оппель (1872 – 1932)– самый крупный после Н.И. Пирогова классик военно-полевой медицины, окончательное формирование которой связано с его именем. Именно он на материале 1-й Мировой войны предложил стройную систему этапного лечения с эвакуацией раненых по назначению, достоинства которой особенно ярко проявились во время ВОВ 1941–1945 гг. В ходе контртеррористических операций на Северном Кавказе подтвердилось, что эта система и доныне позволяет оказывать своевременную и полноценную помощь раненым (Глухов Д.В. с соавт., 2011).Разработки В.А. Оппеля можно считать и приоритетным вкладом в медицинскую логистику, основы которой позже разработал Г.С. Пламмер. Широта научных интересов и практики, блестящее образование обусловилиогромное влияние В.А. Оппеля не только на хирургию, позволив заглянуть на десятилетия вперед. Яркий пример – его статья «Заболевания желез с внутренней секрецией: pancreas, надпочечники и придаток мозга» (Харьков, 1926), вышедшая на заре мировой эндокринологии. Именитый военно-полевой хирург в этой скромной по объему статье из 9 страниц предстает перед нами… патофизиологом совсем нового в ту пору раздела медицины — эндокринологии. Но сам этот термин был введен Н. Пенде лишь в 1909 г., а первый в мире учебник эндокринологии К.И. Пархон и М. Гольдштейн напишут лишь 4 года спустя после статьи В.А. Оппеля, который первым догадался о роли надпочечников в развитии ряда патологических процессов. Даже названия егомонографий («Самопроизвольная гангрена как гиперадреналинемия», «Эндокринологические хирургические наблюдения», «Клиника изменения функции эпителиальных телец»,«Внутренняя секреция» и др.) дают представление, какой весомый вклад внес В.А. Оппель в эндокринологию.В 1926 г., еще до выделения витамина С (А. Сент-Дьердьи, 1928) и до изучения механизмов стероидогенеза (первый кортикостероид выделен Э. Кендаллом лишьв 1934 г.), В.А.

Оппель обратил внимание на роль надпочечниковой недостаточности в патогенезе цинги. А ведь Питер Дж. Хорнсби с соавторами только в 1983 г.изучили важнейшую роль витамина С в синтезе кортикостероидов. В.А. Оппель также обратил внимание на значение нарушения деятельности надпочечников при хирургических вмешательствах и экстремальных состояниях, связывая их недостаточность с утратой живучести, что было тогда в русле самыхпередовых представлений У.Б. Кеннона о«симпатоадреналовой реакции крайности». Причем, это написано В.А. Оппелем за 6 лет до открытия стресса Г. Селье! Пророчески звучати слова В.А. Оппеля о существовании заболевания с первичной гиперфункцией инсулярного аппарата поджелудочной железы,по сути, почти одновременно с описанием «органического гиперинсулинизма» С. Харрисом (1924).Современны мысли В.А. Оппеля о связи ожирения с заболеваниями с инсулинорезистентностью. Кстати, считающийся первооткрывателем природы метаболического синдрома Дж. М. Ривен окончательно сформулировал свою теорию лишь в 1988 г. Именно В.А. Оппель заметил, что базедова болезнь ипатология надпочечников могут протекать с лимфоцитозом, предвосхитив представления об их аутоиммунной природе. Он догадался о существовании форм сахарного диабета, связанных с избыточным влиянием контринсулярных гормонов, предвосхитив Нобелевского лауреата Б.А. Усая (1887—1971), обосновавшего патогенез «стероидного диабета». Еще предстоит сполна оценить мысль В. А. Оппеля о том, что облитерирующий эндартериит связан с избыточной продукцией адреналина, и что могут существовать вазоконстрикторные факторы не только системного, нейроэндокринного, но и местного действия. Они (эндотелины) были найдены в яде змей, а затем и в организме человека лишь через 70 лет послеего предвидений! Не случайно именно В.А. Оппель организовал существующее и поныне Ленинградское отделение Российского эндокринологического общества (1926).

Гребнев Г.А., Железняк В.А., Тегза Н.В.

ОБУЧЕНИЕ ВОЕННЫХ СТОМАТОЛОГОВ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Министерство здравоохранения Российской Федерации проводит модернизацию существующей системы дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования, что в итоге призвано обеспечить существенное повышение квалификации медицинских кадров. Военные медики, находясь в одном правовом поле с гражданскими коллегами так же встраиваются в данную систему. Началом этого процесса стала первичная аккредитация выпускников 2016 и 2017 года.

Официальными документами по организации дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования в настоящее время являются:

Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03 августа 2012 года № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08 октября 2015 года № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».

На основании документов Минздрава России Главным стоматологом МО РФ готовятся предложения по реализации непрерывного медицинского образования (НМО) в Вооруженных силах Российской Федерации по специальности «Стоматология». В настоящее время предполагается, что реализация проекта НМО будет осуществляться на базе высших учебных заведений – до 70 % объема всего времени, с участием профессиональной помощи структур (организации) – 30 %.

1) Повышение квалификации в ВУЗах предполагается проводить по 2-м формам:

а) очной - с полным отрывом (1 раз в 2 недели по 6 часов) и частичным отрывом,

б) дистанционной – по 2 часа 1 раз в неделю в виде образовательных технологий и электронного обучения с он-лайн трансляцией, лекций, оперативных методов диагностики и лечения с регистрацией пользователей и предоставлением им зачетных единиц (кредитов) до 250 единиц за 5 лет.

Профессиональное усовершенствование должно учитывать количество часов, затраченных за 5-летний период в ходе научных, научно-практических мероприятий (конференции, мастер-классы, заседания научных обществ и т.п.), проводи-

мых государственными или негосударственными учреждениями профессионального образования, а также коммерческими и общественными организациями (научное общество стоматологов города (области и др.) подтвержденных сертификатами и другими официальными документами, в которых указано количество часов, затраченных за период тематического обучения (усовершенствования) с учетом профиля или специализации по дисциплине, и проводиться в сокращенном объеме на это количество часов.

В тоже время учитывая ведомственную специфику военных врачей стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, возможных объективных сложностей ежегодного планомерного набора зачетных баллов (кредитов) прорабатывается вопрос возможности прохождения очного усовершенствования в объеме 150 часов (кредитов) один раз в 5 лет.

2) Профессиональная переподготовка – 540 часов, 3,5 месяца в учебных заведениях.

В тоже время, ряд организационных моментов находится с стадии уточнения и доработки, информация о которых будет представлена дополнительно.

Терещук С.В., Сухарев В.А., Балин В.В.

ПРИМЕНЕНИЕ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко, Москва

Введение. Применение реваскуляризированных аутотрансплантатов позволяет устранять обширные дефекты челюстно-лицевой области образовавшиеся после удаления опухолей, в результате травм и ранений. Растущие требования к качеству жизни пациентов в послеоперационном периоде заставляют хирурга искать новые инструменты для повышения точности планирования и выполнения операций. Применение автоматизированных систем проектирования и аддитивных технологий позволяет в кратчайшие сроки создать индивидуальную биомодель, позволяющую патологию пациента и модели интраоперационных шаблонов для хирургии. В настоящей работе обобщается опыт применения современных методов рентгеновской диагностики в сочетании с компьютерными и телекоммуникационными технологиями при планировании реконструктивных операций в челюстно-лицевой хирургии.

Цель. Получить объективную информацию о возможности применения направленной костной регенерациидефектов челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. С 2004 года коллективом Центра челюстное-лицевой хирургии и стоматологии Главного военного клинического госпиталя имени Н.Н.Бурденко разработан уникальный подход к планированию и выполнению реконструктивных операций в челюстное-лицевой области с использованием цифровых технологий. Сканирование челюстно-лицевой области осуществляется на спиральном компьютерном томографе. Толщина сечения при сканировании составляла менее 1,0 мм. Моделирование проводится в программе Magics компании Materialize (Бельгия). Создаваемые 3D-модели дефекта или деформации черепа использовали для моделирования и прототипирования хирургических моделей, шаблонов и имплантатов. Виртуальное планирование операции осуществляется инженером-программистом при части и хирурга в ходе видео конференции. Подобный подход мы в своей практике применяем во всех случаях операций у онкологических больных с одномоментным устранением дефекта с использованием микрохирургической техники; устранения вторичных деформаций; изготовления контурных имплантатов для достижения максимального эстетического результата; протезировании височно-нижнечелюстных суставов; планировании, подготовке и выполнении реконструктивных операций на альвеолярных отростках челюстей при подготовке пациентов к протезированию на дентальных имплантатах.Сотрудниками Центра впервые предложена и осуществлена на практике идея печати на трехмерном принтере индивидуальной реконструктивной титановой пластины для пациента, которому планировалось удаление и немедленное восстановление части нижней челюсти.

Выводы.

Можно отметить следующие преимущества применения компьютерного моделирования и лазерной стереолитографии в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии:

сокращение времени выполнения операции;

увеличение точности совпадения трансплантата с исходной формой восстанавливаемой челюсти

улучшение качества жизни пациента за счет максимального восстановления утраченных функций;

сокращение стоимости лечения за счет сокращения операционного времени, уменьшения числа осложнений.

Одним из главных достижений нашего коллектива в области трехмерных технологий является отсутствие привязки к определенному производителю трехмерных принтеров. Использование разработанных в нашем Центре принципов обследования пациента, виртуального планирования операций и использования уникальных хирургических шаблонов позволяет получать высокие эстетические и функциональные результаты не зависимо от используемого оборудования. Последнее удешевляет методику и позволяет применять ее у всех пациентов.

Терещук С.В., Сухарев В.А., Балин В.В.

НАПРАВЛЕННАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВЫХ ГРАНУЛ

Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко, Москва

Введение. Целью направленной регенерации костной ткани при дентальной имплантации является качественно улучшить и количественно увеличить кости альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти для установки дентальных имплантатов. Для создания необходимого объёма костной ткани используются различные хирургические техники, методики, материалы и инструменты. Как правило, дефект костной ткани на границе со слизистой оболочкой заполняется соединительной тканью или эпителием, а не костью. Это объясняется тем, что соединительные ткани и эпителий регенерируют в несколько раз быстрее костной ткани, и поэтому они «побеждают» в соревновании по заполнению пространств. Установлено, что использование костно-пластических материалов создает возможность для костной регенерации дефекта. В 1989 году на Международном конгрессе клинической пародонтологии термином «направленная костня регенерация» было решено обозначать операцию, направленную на достижение заместительного восстановления недостающей костной ткани.

Цель. Получить объективную информацию о возможности применения направленной костной регенерации с применением нерезорбирумых форм синтетических материалов.

Материалы и методы. К нерезорбируемым материалам синтетического происхождения относятся гранулы «Tigran» Natix, которые изготавливаются из 100% коммерческого чистого титана, имеют неправильную форму, шероховатую текстуру поверхности с микро пористостью приблизительно 80%. Их неправильная форма имеет эффект блокировки и образует структуру, что дает долгосрочную стабильность на рост новой костной ткани. Пористость структуры гранул означает, что кровь, остеогенные клетки (остеобластов), факторы роста и костные морфогенетические белки могут адгезироваться внутри и вокруг гранул титана (за счёт высокой гигроскопичности поверхности титана), так что новая кость может легко расти внутри, вокруг и между гранулами. Титан является тромбофлебит- biogenic материалом, который означает, что кровь свертывается, когда она вступает в контакт с гранулами. После завершения постройки костной ткани, новая костная ткань представляет собой смесь из костной ткани и титана. В результате чего она может рассматриваться как обычная кость, то есть кость с возможностью её препаровки (сверления) по классической методике стандартными сверлами и установки дентальных имплантатов. Форма гранул обеспечивает максимальную поддержку и стабильность. Гранулы не рассасываются, наполненный ими костный дефект сохраняет постоянный объем, который является преимуществом по сравнению с другими остеопластическими материалами, полностью или частично рассасывающимися.

Выводы. Можно отметить следующие преимущества применения костно-замещающего материала «Tigran».

высокий уровень адгезии остеобластов, факторов роста и костных морфогенетических белков к поверхности гранул;

сохранение постоянного объема восстановленной костной ткани;

возможность подготовки к дентальной имплантации по классическому протоколу.

Терещук С.В., Сухарев В.А., Деменчук П.А.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ДОСТУП К ПОДЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко, Москва

Введение. Стандартный доступ к подчелюстной слюнной железе, при котором происходит послойное рассечение тканей в подчелюстной области, давно описан и применяется в работе челюстно-лицевых хирургов. Одним из объектов препарирования является подкожная мышца шеи, волокна которой вплетаются в ткани области угла рта и участвуют в мимических движениях губ. При рассечении подкожной мышцы шеи в послеоперационном периоде часто возникает нарушение

движений угла рта, приводящее к асимметрии положения губ при улыбке и разговоре. Растущие требования к качеству жизни пациентов в послеоперационном периоде заставляют хирурга искать новые методы выполнения операций. В настоящей работе описан наш опыт щадящего доступа при операциях на подчелюстной слюнной железе, который позволяет ускорить социальную адаптацию пациентов после операции, улучшить качество жизни в послеоперационном периоде, уменьшить косметический и функциональный дефицит.

Цель: разработать метод щадящего доступа к подчелюстной слюнной железе, позволяющий уменьшить косметический и функциональный дефицит в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: В условиях Центра ЧЛХ и стоматологии ГВКГ им. Н.Н.Бурденко и отделения ЧЛХ Рязанской областной клинической больницы проведено 37 операций на подчелюстной слюнной железе с применением модифицированного доступа через подкожную мышцу шеи. Основной патологией, при которой применялась данная методика являлась слюнокаменная болезнь с локализацией конкрементов в железистой части выводного протока и в ткани подчелюстной слюнной железы и доброкачественные опухоли подчелюстной слюнной железы.

Основным методом исследования являлись функциональные пробы мимических мышц нижней трети лица и шеи, иннервируемых ветвями лицевого нерва.

В основной группе пациентов, которым операция проводилась с использованием модифицированного доступа, отмечено значительное уменьшение нарушений движений мимических мышц нижней трети лица и шеи, отвечающих за моторику губ, по сравнению с контрольной группой, которым операция проводилась традиционным доступом.

Выводы: модифицированный метод щадящего препарирования подкожной мышцы шеи при доступе к подчелюстной слюнной железе позволяет уменьшить функциональный дефицит и косметические нарушения при моторике губ в послеоперационном периоде и может с успехом применяться в повседневного практической деятельности челюстно-лицевого хирурга.

Яременко А.И., Лебедев Д.В.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖИРОВОГО ТЕЛА ЩЕКИ (КОМКА БИША) ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ПОЛОСТИ РТА

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. В научной литературе освещается ряд клинических методов лечения данной категории больных с применением различных мягкотканных трансплантатов. К сожалению, многие из применяемых материалов и методов, используемых для замещения мягкотканных структур, имеют отдельные недостатки, что диктует необходимость поиска новых, более совершенных методов. Использование комка Биша позволяет избежать негативных последствий в послеоперационном периоде, т.к. сохраняется целостность и конфигурация тканей полости рта.

Цель. Оптимизация результатов лечения и реабилитации (протезирования) больных с врожденными и послеоперационными дефектами мягких тканей полости рта путем использования тканей жирового комка Биша.

Материалы и методы. Выполнено изучение топографии, анатомии, иннервации и кровоснабжения комка Биша на трупном материале на базе кафедры хирургии оперативной и клинической анатомии ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России. Проведено оперативное вмешательство у трех пациентов с дефектами мягких и твердых тканей полости рта (ороантральное сообщение/свищ) в области моляров верхней челюсти, для замещения дефекта у которых был использован комок Биша. В послеоперационном периоде наблюдалась эпителизация комка Биша в полости рта в течении 21 дня.

Выводы. По результатам проведенного изучения анатомии и кровоснабжения можно заключить, что комок Биша в виду своей топографии и анатомии может быть с успехом использован для замещения дефектов мягких тканей полости рта в области заднего отдела верхней челюсти. Использование комка Биша с целью замещения дефектов полости рта является эффективным методом реабилитации пациентов и подготовки их к дальнейшему протезированию.

Терещук С.В., Сухарев В.А., Деменчук П.А.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ГВКГ ИМЕНИ Н.Н. БУРДЕНКО

Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко, Москва

Введение. За годы существования Центра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии накоплен опыт лечения более 1000 пациентов, страдающих злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Лечение пациентов осуществлялось согласно передовым рекомендациям по лечению пациентов с опухолями головы и шеи, как отечественным, так и международным. Самой распространенной локализацией злокачественных опухолей были опухоли слизистой оболочки полости рта. Эта область является и наиболее сложной для реконструкции послеоперационных дефектов.

Цель: статистически оценить показатели работы Центра челюстно-лицевой хирургии с пациентами, страдающими раком слизистой оболочки полости рта, наметить пути совершенствования.

Материалы и методы: статистическим материалом послужили 530 историй болезни пациентов стращающих раком полости рта, проходивших лечение в условиях Центра ЧЛХ и стоматологии ГВКГ им. Н.Н.Бурденко с 2005 по 2016 годы. Условием включения в основную группу были: локализация ракового процесса на слизистой оболочке полости рта, хирургическое лечение пациента как самостоятельный метод лечения или вплане комбинированного лечения, достоверная информация о продолжительности жизни, наличии или отсутствии прогрессирования опухолевого процесса. Условиями исключения из основной группы были: отсутствие хирургического лечения по тем или иным причинам, отсутствие данных о судьбе пациента в течение первых 3 лет после операции. Таким образом, 530 историй болезни послужили материалом для анализа лечения 231 пациента.

Контрольными являлись статистические показатели ведущих международных и российских онкологических центров.

Методами исследования явились расчеты статистических показателей применяемых в онкологии. Одни из основных это: летальность, 3 летняя выживаемость, длительность безрецидивного периода.

Летальность в основной группе составила 7%, летальность на 1 году жизни составила 5,1%. 3 летняя выживаемость составила 94 %. Средняя длительность безрецидивного периода 6 лет и более.

Выводы: полученные показатели характеризуют хороший уровень состояния специализированной онкологической помощи в Центре ЧЛХ и Ст в целом, адекватности специального лечения, организации лечебной помощи и квалификацию врачебных кадров. Однако указывают на низкий уровень раннего выявления злокачественных опухолей полости рта на догоспитальном этапе, что является путем улучшения качества оказания онкологической помощи пациентам в условиях поликлиник и диагностических центров Министерства обороны.

Толмачев И.А., Грига Э.С., Борисова Э.Г., Ягмуров Х.О.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

Военно-медицинская академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В последние годы в Российской Федерации значительно увеличивается число уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, растет и количество комплексных и комиссионных судебно-медицинских экспертиз по данным случаям.

Существенно осложняет производство данных экспертиз отсутствие единого мнения о характере профессиональных ошибок и дефектов оказаний медицинской помощи как с медицинской, так и с юридической точки зрения. Кроме того, не имеется исчерпывающего перечня стандартов оказания медицинской помощи по всем нозологиям. До настоящего времени до конца не изучена проблема судебно-медицинской экспертизы при неблагоприятных исходах.

Особо актуален вопрос неблагоприятных исходов при оказании стоматологической помощи, т.к. количество исков пациентов по этой специальности ежегодно увеличивается и занимает лидирующее место среди других медицинских специальностей. До настоящего времени не определены многие вопросы организации и производства судебно-медицинской экспертизы по искам пациентов к стоматологическим учреждениям.

Одним из часто встречающихся неблагоприятных исходов стоматологического лечения является развитие неврологических осложнений. Данная группа осложнений является одной из наиболее трудных, так как к моменту их выявления и поступления медицинской документации в экспертной

учреждение, истцы неоднократно обращаются за медицинской помощью, в том числе в разные медицинские учреждения и к врачам различных специальностей. При этом зачастую отсутствует «преемственность» между специалистами, в результате чего экспертному изучению подлежит большое количество различной медицинской документации, зачастую, с противоречащими сведениями.

Одним из основных источников, позволяющих проанализировать причины возникновения неблагоприятных исходов, является медицинская документация.

Материал и методы. Нами проанализировано 106 случаев неврологических осложнений стоматологического лечения в период с 2012 по 2017 гг. (по данным медицинской документации пациентов, находившихся под наблюдением). Исследованы медицинские карты стоматологического пациента (включающие в себя подробные выписки из медицинских карт амбулаторного больного с данными наблюдения неврологами, стоматологами), рентгенограммы, ортопантомограммы.

Результаты и их обсуждение. Анализ медицинской документации показал, что в 66 случаях (62,3%) выявлена причинная связь между возникновением неврологических осложнений и стоматологическими манипуляциями. Также в 65 случаях (61,3%) имело место сочетание различных недостатков медицинской помощи.

На основании полученных данных, основными причинами возникновения неблагоприятных исходов явились:

• Пренебрежение факторами риска при выборе способа лечения.

• Недооценка врачами-стоматологами неврологических осложнений, возникающих после стоматологических манипуляций.

• Недостаточное привлечение к консультативной помощи врачей смежных специальностей (неврологи, гастроэнтерологи, эндокринологи, психиатры и др.), что приводит к нарастанию неврологических нарушений.

• Невнимательность врача-стоматолога при обследовании пациента и недооценка неврологических жалоб.

•Некомпетентность врача-стоматолога в вопросах неврологии, стоматоневрологии.

• Осложнения местного обезболивания.

• Чрезмерное выведение пломбировочного материала за апекс зуба.

• Травматичное или множественное удаление зубов.

• Осложнения при оперативных вмешательствах, в том числе при имплантации.

• Нерациональное протезирование зубов.

• Осложнения при ортодонтическом лечении и др.

Выводы. Результаты судебно-медицинской оценки осложнений после стоматологических манипуляций позволяют сделать вывод, что в данных клинических случаях необходима помощь грамотного стоматолога-альголога или стоматоневролога.

Улитовский С.Б., Калинина О.В., Панкратьева Л.И.

ДЕЗОДОРИРОВАНИЕ КАК МЕТОД МОТИВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ, ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Неприятный запах изо рта или соматодисодия является актуальной проблемой современного общества, влияющей на качество жизни человека в процессе его социализации. Эта проблема имеет как медицинскую, так и социальную направленность. Благополучие человека в современном обществе во многом определяется его межличностными связями, а соматодисодия может являться причиной общественной изоляции.

Наличие соматодисодии может быть индикатором патологии различных органов и систем организма человека, что связано с заболеваниями пищевартельной системы, печени и поджелудочной железы, патологией кишечного тракта, а также может развиваться на фоне воспалительных процессов ЛОР-органов.

Частота галитоза в развитых странах колеблется от 30 до 65%: на долю галитоза интраоральной этиологии приходится 85-90%, а в 70% случаев неприятный запах изо рта связан с наличием налёта на задней трети спинки языка; в 20% - с болезнями пародонта и кариозными полостями зубов, в 10% случаев выявляют при воспалительных инфекционных заболеваниях рта, а также наличии ортопедических и ортодонтических конструкций в полости рта, которые могут создавать анаэробные условия для бактерий, вызывающих появление соматодисодии.

Возникновение галитоза отражает влияние местных факторов в полости рта. Главными причинами галитоза являются: мягкие зубные отложения и налёт на дорсальной поверхности языка. Более

значим в этом отношении налёт между нитевидными сосочками языка, состоящий из анаэробной микрофлоры, которая выделяет большое количество сернистых соединений. Источником неприятного запаха изо рта, как симптома, могут стать продукты жизнедеятельности анаэробных микроорганизмов, вследствии проявления воспалительных заболеваний тканей пародонта, что сдвигает pH полости рта в щелочную сторону. При наличии ортопедических конструкций в полости рта наблюдается скопление мягкого зубного налёта на поверхности пористой пластмассы и тела мостовидного протеза, обращенного в промывное пространство, что приводит к соматодисодии. Кроме того, немаловажную роль играет пониженная секреция слюны, наличие соматической патологии и вредных привычек.

Возникновение соматодисодии является симптомом развития кариеса зубов, воспалительных заболеваний пародонта, наличия зубных отложений, заболеваний слизистой оболочки рта и дисбактериоза ротовой полости, а также неудовлетворительной гигиены рта.

Обнаружены специфичные для пациентов, страдающих галитозом, микроорганизмы разновидности Streptococcus moorei, которые отсутствовали у пациентов без галитоза, что может предопределять диагностику и лечение соматодисодии.

T. Takeshita (2010) установил корреляцию с тяжестью галитоза таких микроорганизмов, как Fusobacterium, Porphyromonas и Parvimonas, обнаруженных при ярко выраженном галитозе, а виды Prevotella и Veillonella — с незначительным галитозом.

Важную роль в этом процессе играют анаэробные бактерии рода Fusobacterium и Bacteroides, которые содержатся в высокой концентрации в поддесневом зубном камне и продуцируют гнилостные летучие вещества. Среди этих бактерий наиболее активны: Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola и Bacteroides forsythus.

Одним из эффективных симптоматических методов устранения неприятного запаха изо рта является дезодорирование полости рта. Появление разнообразных средств гигиены привело к тому, что люди, столкнувшиеся с соматодисодией, пытаются побороть ее негативные проявления самостоятельно в домашних условиях, в том числе с использованием народных средств. Бесконтрольное использование зубных паст и ополаскивателей с антисептиками приводит к дисбактериозу рта, в результате чего соматодисодия становится более выраженной.

Целью исследования явилось изучение влияния средств гигиены на дезодорирование рта с учетом стоматологической патологии.

Материалы и методы. Настоящее исследование было выполнено на кафедре стоматологии профилактической ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава РФ. В исследовании приняло участие 56 человек, наблюдение за которыми проводилось в течение 4 недель. В зависимости от объема проводимых профилактических мероприятий были сформированы 2 группы: 1 группа – профилактические мероприятия строились на основе противовоспалительных и дезодорирующих средств гигиены рта, активными компонентами которой являлись прополис и экстракт мяты; 2 группа – контрольная, гигиена рта проводилась самостоятельно. Во всех группах осуществлялась санитарно-просветительная работа по профилактике стоматологических заболеваний, обучению методам гигиены полости рта и пропаганде здорового образа жизни.

Определение динамики соматодисодии с целью выявления эффективности профилактических мероприятий среди населения проводилось с помощью галитометра Breath Checker HC-212S. Для изучения состава микрофлоры пародонтальных карманов был произведен забор содержимого материала до применения профилактических средства гигиены рта и сразу после их использования.

Результаты. В начале исследования у обследованного контингента было установлено преобладание грамположительной биоты, которая представлена кокками (грамположительные стрептококки) и палочками, морфологически схожими с коринебактериями.

В результате исследования в 1 группе в условиях аэробной инкубации определяется снижение обсемененности Streptococcus oralis, Streptococcus salivarius, Corynebacterium spp и Neisseria spp. В случае анаэробной инкубации – снижение колонеобразующих единиц в отношении Veillonella parvula и Peptostreptococcus anaerobius.

Лица с воспалительными заболеваниями пародонта чаще страдают галитозом, что объясняется большим скоплением слущенного эпителия и микроорганизмов в полости рта, высокой концентрацией десневой жидкости и гнойного отделяемого пародонтальных карманов.

Изменения эффективности дезодорирующего действия по показателям галитометра Breath

Checker HC-212S позволяет проследить изменение состояния ротового дыхания под действием дезодорирующих средств гигиены, провести мониторинг их дезодорирующего действия, а при однократном определении до применения средств гигиены определить уровень ротового дыхания Проведенная оценка дезодорирующего действия показала повышение дезодорирующей эффективности в 1-ой группе до 75±7,55%, в отличие от контрольной – 50±4,85%.

Заключение. Учитывая механизм развития соматодисодии и низкую эффективность ее самостоятельного устранения, возрастает роль выявления истинной причины распространения галитоза среди населения. Соматодисодия является мотивацией к комплексному стоматологическому обследованию и гигиеническому обучению пациента правилам индивидуальной гигиены рта, что представляет собой основную составляющую санитарно-просветительской работы врача-стоматолога.

Проведение санитарно-просветительской работы о путях и методах дезодорирования полости рта, способствует ослаблению симптома соматодисодии, мотивируя пациента к радикальному устранению неприятного запаха изо рта, что, в свою очередь, связано с ликвидацией ведущего заболевания. Полиэтиологичность и связанные с этим различия стадий патогенеза соматодисодии создают проблему точной диагностики. Значительные трудности возникают при лечении данной категории пациентов, так как до настоящего времени отсутствуют научно обоснованные дифференцированные лечебные рекомендации в отношении больных галитозом. Разобщенность дисциплин, различных направлений медицины затрудняют подбор необходимых лекарственных препаратов, средств парафармацевтики или личной гигиены, которые способствуют улучшению состояния соматодисодии, восстанавливая здоровье и работоспособность человека.

Хорошилкина Ф.Я., Иорданишвили А.К.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Московский государственный медико-стоматологический университет имени. А.И. Евдокимова, Москва
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

В конце XX века в Российской Федерации профилактические принципы в стоматологии отошли на второй план, а на первое место вышли замещающие технологии. В связи с этим в начале XXI века в России отмечено увеличение потребности подросткового и молодого населения нашей страны в различных видах стоматологической помощи. Следует подчеркнуть, что в середине 90-х годов XX века санация полости рта подростков и молодых людей, особенно призывного возраста, была возложена на стоматологические поликлиники для взрослого населения, хотя ранее осуществлялась в детских стоматологических лечебно-профилактических учреждениях. Не меньшее значение на ухудшение состояния стоматологического здоровья детского и подросткового населения России оказал Приказ Министра здравоохранения РФ и Министра образования РФ № 186/272 от 30 июня 1992 года «О совершенствовании медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях», в приложении № 1 которого говорилось о проведении обязательных профилактических осиммотров полости рта и лечении стоматологических заболеваний по активному вызову не ежегодно, как было ранее, а только в определённые возрастные периоды: перед поступлением в дошкольные учреждения (3 года), за год до поступления и перед поступлением в школу (6-7 лет), при переходе к предметному обучению (9-10 лет), в пубертатном периоде (14 лет), а также перед окончанием общеобразовательного обучения (16-17 лет). Результатом такого подхода к организации санационной работы среди детского населения, подростков и призывников стало значительное снижение качественных показателей стоматологической помощи этой категории граждан Российской Федерации. В первые годы реализация этого подзаконного акта в жизнь привела к ухудшению детского населения, а в последующие годы – к снижению скачества стоматологического здоровья подростков и призывников. Так, например, по г. Санкт-Петербургу, согласно опубликованным данным, показатель числа леченных постоянных зубов к числу удалённых постоянных зубов у детей до 14 лет составил в 1993 году 25 : 1, в то время как в 1990 году значение этого показателя было 64 : 1 (А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский, 2004). Существенно в те годы изменился и другой, качественный показатель оказания стоматологической помощи детям и подросткам – соотношение числа зубов, леченных по поводу неосложнённых форм кариеса, к числу зубов, леченных по поводу осложнённых форм кариеса. По г. Санкт-Петербургу у детей до 14 лет в 1991 году этот показатель составил 14 : 1, а в 1994 году – 1 : 1 (А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский, 2004).

Известно, что в качестве основных этиологических факторов при развитии кариеса зубов, патологии пародонта и зубочелюстных аномалий (ЗЧА) являются не только генетические факторы и общесоматическая патология. Особенно для развития вторичных деформаций жевательного аппарата имеет большое значение ранняя утрата временных или постоянных зубов у детей и подростков, которая напрямую зависит от качества организации и эффективности оказания им стоматологической помощи. По данным отечественных и зарубежных исследователей частота аномалий зубов, зубных рядов и прикуса примерно одинакова. При этом отмечается, что наиболее часто встречается нейтральный прикус с аномалиями положения зубов (39%), глубокий прикус (23%), дистальный прикус (20%) и мезиальный прикус (13%), а нарушения функций жевания, дыхания, закрывания рта и глотания встречаются у 40% пациентов с ЗЧА. При дистальном прикусе эти нарушения выявляются у 69% осмотренных.

Таким образом, распространённости ЗЧА в настоящее время колеблющиеся от 11,4% до 71,7%. Причём эти данные во многом зависят от методического уровня исследований, профессиональной подготовки врачей, ошибок репрезентативности, поскольку все обследованные обычно являются выборочными.

Чеканов В.Н.

ВНУТРИРОТОВАЯ СВАРКА В ЛЕЧЕНИИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ

Лечебно-реабилитационный клинический центр Министерства обороны Российской Федерации, Москва

В мире не сокращается количество патологий, которые приводят к адентии, кроме того, не уменьшается число лиц, пострадавших в результате производственного и бытового травматизма, дорожно-транспортных происшествий, техногенных аварий и катастроф, локальных вооруженных конфликтов. Адентия со временем неизбежно вызывают асимметрию лица, сопровождаются утратой эстетического облика человека, что приводит к развитию функциональных нарушений.

Классическая (двухэтапная) имплантация зубов проводится в два этапа с перерывом в несколько месяцев. Мы ускорили весь процесс имплантации на 6 месяцевпосредством применения сварочной технологии в полости рта. После удаления зуба в лунку ставился имплантат и сваривался каркас с последующим установлением коронки. Нами проведён анализ обследования и лечения 42больных, имевших полную адентию, которым в плане эстетической реконструкции зубных рядов применена внутриротовая сварка, которая осуществлялась при помощи аппарата Densply Friadent.

Четыре места имплантирования были выбраны во внутренней фораменальной области: две периферические точки были в 2 мм от подбородочногонерва, и две другие разделили предшествующее пространство пополам. Специальные 5-ти-градусные абатменты были прикреплены к имплантатам. Титановая проволка была приварена на первый упор с помощью интраоральной сварки. Затем протезный каркас удаляли из ротовой полости и дополнительные вертикальные сегменты титана были приварены к держателям зубов (армирование), с последующей проверкой прочности конструкции. Структура титана была обработана пескоструйным аппаратом и покрыта опаковой массой, чтобы металл не просвечивал через пластмассу.

Процент периимплантита был идентичный с пациентами, которым данная процедура не применялась.Перелом пластмассы реставрации является наиболее распространенным осложнением, которое следует ожидать в начале и средине срока службы протеза при использовании технологии внутриротовой сварки. Большинство переломов были легко устранены с помощью композиционной пластмассы, полимеризованной светом.

Общим в оценке полученных результатов явился факт достаточногладкого протекания послеоперационного периода, что позволило повысить степень удовлетворённости результатами операции, а именно 75% больныхдостаточновысокооценили лечение.

Таким образом, посредством применения сварочной технологии в полости рта возможно сократить время эстетической и функциональной реабилитации больных с полной адентией.

Чепик Г.С.

ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДАЛЬНИХ ПОХОДОВ ПО СЕВЕРНОМУ ЛЕДОВИТОМУ ОКЕАНУ

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

С 30-х годов XX века в составе ВМФ СССР находился штаб Арктической экспедиции особого назначения по Северному Ледовитому океану (АЭОН). основной задачей которой был перевод кораблей и судов на Тихоокеанский театр военных действий (ТТВД).

В Штаб АЭОН прикомандировывались госпитальные врачи с Краснознамённого Тихоокеанского флота (КТОФ): хирург (он же флаг-врач), терапевт и стоматолог.

Деятельность медицинской службы АЭОН проходила в три этапа: 1. Подготовка личного состава к переходу Северным морским путём. 2. Переход Северным морским путём. 3. Завершение похода (Авачинская бухта. Камчатка).

В состав АЭОН включались плавказармы финской постройки (ПКЗ), на которых имелись: операционная, амбулатория, лазарет (на пять коек), стоматологический кабинет, рентгенологический кабинет, аптека. Стоматологический кабинет оснащался стационарной и комбинированной бормашиной, имелись наборы всех необходимых инструментов и анестетики.

Перед уходом в океан проводился осмотр личного состава кораблей, прибывающих в состав (АЭОН) и санация полости рта (терапевтическая и хирургическая), но как правило, личный состав прибывал в Североморск санированным.

Особенность оказания стоматологической помощи в период перехода кораблей по Северному Ледовитому океану заключалась в том, что корабли АЭОН были разбросаны в акватории и тогда в зависимости от состояния больного, ледовой обстановки: или пациент доставлялся на ПКЗ, флагманский корабль АЭОН, или стоматолог оказывал помощь непосредственно на корабле, на котором находился заболевший. Для оказания стоматологической помощи имелась полевая укладка.

В период экспедиций 1967, 1969, 1972 и 1975 годов травмы в челюстно-лицевой области не отмечалось. Стоматологическая заболеваемость в условиях плавания по Северному Ледовитому океану находилась в прямой зависимости от охвата плановой санацией личного состава в подготовительный период.

После завершения похода деятельность медицинской службы АЭОН была направлена на сдачу зимовочного запаса в Центральный медицинский склад Камчатской флотилии.

Прикомандирование врачебной группы усиления в состав АЭОН способствовало выполнению командованием АЭОН, поставленных задач Правительством и Главкомом ВМФ СССР, обеспечивало своевременное оказание квалифицированной хирургической помощи пациентам общего профиля, стоматологическим больным и формированию хорошего психологического климата в экипажах кораблей и судов.

Чепик Г.С., Лукьянов С.А.

ПРОФЕССОР В.М. УВАРОВ – ОРГАНИЗАТОР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВОЕННО-МОРСКОМ ФЛОТЕ СССР

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Россия, Санкт-Петербург

В.М. Уваров родился в 1893 г. в Симферополе. В 1911 г. он окончил классическую гуманитарную гимназию. После окончания медицинского факультета Московского университета определился на военную службу и в составе Кирасирского Подольского полка в должности младшего врача был направлен на фронт.

После окончания Первой мировой войны, В.М. Уваров некоторое время работал в медицинских учреждениях Крыма, затем переехал в Ленинград и стал работать в Первом Ленинградском медицинском институте.

В 1940 году командование предложило В.М. Уварову занять должность преподавателя на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-морской медицинской академии (ВВМА), и вскоре он был назначен на должность начальника кафедры.

В.М. Уваров во время Великой Отечественной войны (ВОВ) возглавлял стоматологическую службу Военно-морского флота СССР, одновременно являясь начальником челюстно-лицевого госпиталя в г. Кирове.

К началу ВОВ на всех флотах под руководством В.М. Уварова были организованы зубные отделения при базовых поликлиниках, предназначенные в основном играть консультативную роль для санитарных службы кораблей и береговых частей. Имелись также окружные зубопротезные лаборатории, предназначенные для обеспечения зубопротезной помощью не только личный состав ВМФ, но и их семьи. В большинстве зуботехнических лабораторий была возможность изготавливать сложные шины-протезы для челюстно-лицевых раненых.

«Кадры зубных врачей и стоматологов флота, – пишет Д.Е. Танфильев – вступили во время ВОВ с четкими методическими установками по организации помощи и методике обработки челюстно-лицевых раненых на различных этапах эвакуации. Имеющиеся инструкции были выработаны кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВММА под руководством профессора Уварова».

С началом и во время ВОВ В.М. Уваров разработал с сотрудниками руководящие документы (Приказы, Инструкции) по организации стоматологической службы ВМФ; курсам повышения квалификации стоматологов, зубных врачей и зубных техников; курсам переобучения фельдшеров в зубные врачи; организации стоматологической помощи раненым в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации; а также по эвакуации раненых такой категории в тыловые госпитали, и обеспечение их спецпитанием на этапах эвакуации, что позволило достигнуть небывалых в прежних войнах показателей по возвращению раненых в строй.

Карпова Т.Н, Чепик Г.С., Солдатов И.К.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Истоки физиотерапевтического лечения и медицинской реабилитации травматических больных в России можно отнести к началу XX века, когда остро возник вопрос реабилитации раненых, получивших огнестрельные ранения в годы Первой мировой и Гражданской войн, и их социальной адаптации.

Родоначальниками реабилитации в России по праву можно назвать А.Л. Поленова, А.К. Шенка, А. Покровского. Основные положения по реабилитации были изложены профессором А.Л. Поленовым в руководстве «Основы практической травматологии», в которое он включил главу «Физиотерапия при травмах» (проф. А.К. Шенк).

При лечении травм, сразу после временной иммобилизации, А.К. Шенк предложил проводить массаж и лечебную гимнастику, механотерапию. Для рассасывания очагов кровоизлияния в области травмы рекомендовались суховоздушные и электросветовые ванны, ионотерапия по Ледюку (электрофорез, Франкенхейзер). Диатермия (высокочастотная электро-магнитотерапия) назначалась при повреждении мышц и суставов с воспалительными инфильтратами, болезненных периоститах, глубоких межмышечных рубцовых спайках. Водолечение (пресные, минеральные, морские, рапные и рассольные ванны)и грязелечение из разных источников назначалось в период долечивания травматических повреждений. Глинолечение использовалось при осложнениях посттравматических повреждений кости и надкостницы, выпотах в полость сустава (А. Покровский, Симферополь).

В руководство была также включена Глава «Повреждения: а) шеи, б) скелета, в) мягких тканей лица и полости рта» (А.Д. Озеров, А.А. Лимберг), в которой изложены основы травматологии челюстно-лицевой области. Освещены следующие вопросы: переломы челюстей (распознавание и лечение), огнестрельные ранения лица; повреждения лица и органов полости рта; отдалённые последствия повреждений лица и их устранение хирургическими и ортопедическими методами (повязки, шины, способы вытяжения).

В годы Великой Отечественной войны основные направления, разработанные учёными начала XX века, получили своё дальнейшее развитие и применялись в клинической практике в полевых госпиталях для легко-раненых.

Разработки отечественных учёных XX века многих методов и методик реабилитационного процесса, особенно с использованием физических факторов природы, направленных на восстановление трудоспособности, получили своё дальнейшее развитие в послевоенное время.

Профессор М.А. Слепченко продолжил и развил лучшие традиции отечественной реабилитации в своей теме НИР и диссертации «Ортопедические методы возмещения дефектов верхней челюсти после её резекции» (1971), а также в методических разработках по реабилитации больных с приобретёнными дефектами и деформациями органов и тканей жевательного аппарата.

Карпова Т.Н. Чепик Г.С. Солдатов И.К.

К ИСТОРИИ ВОПРОСА О РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ РАНЕНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. В 1946 году издательство Министерства здравоохранения СССР МедГиз (Ленинград) выпустило в свет монографию М.Е. Хватцева «Восстановление речи у раненых в челюстно-лицевые области». Автор монографии при ее написании использовал 25 литературных источников (из них 2 иностранных), авторами которых являются челюстно-лицевые хирурги, специалисты по лечебной физкультуре и логопеды [1].

Литературные источники объединены в разделы: 1. Общий раздел. 2. Челюстно-лицевые ранения и нарушения речи.

В числе стоматологов указаны следующие ученые: В.Н. Бынин, А.В. Катц, В.Ю. Курляндский, Я. Вербицкий, М.М. Ладыженский, И.Г. Лукомский,

Н.М. Михельсон; в числе специалистов по лечебной физкультуре и гимнастике: П.В. Андринг, В.К. Добровольский, З.П. Фирсов; логопедов представляют: А. Александров, М.Г. Генинг, С.М. Доброгаев, З.Г. Нелюбова, Е.Ф. Рау, М.Е. Хватцев; иностранных специалистов: E. Freide, Frschels.

Цель исследования. Осветить и оценить методы восстановления речи у челюстно-лицевых раненых в историческом аспекте, описанные в монографии М.Е. Хватцева.

Материалы и методы. Исследование М.Е. Хватцева проведено на клиническом материале раненых с нарушением речи от 44 до 47% находившихся на лечении двух специализированных госпиталей (проанализирована частота повреждений органов речи по данным ленинградских лечебных учреждений – эвакогоспиталей (ЭГ) и города Фрунзе.

Больные подбирались для групповых занятий по: а) развитию движений нижней челюсти; б) устранению гнусавости; в) восстановлению функции губ и артикуляции; г) восстановлению функции и артикуляции языка; д) восстановлению функции в более обширных и сложных поражениях. Логопедические занятия проводились в увязке с лечебной физкультурой.

Результаты и их обсуждение. М.Е. Хватцев установил, что ведущим специалистом в организации реабилитационного процесса является логопед, хорошо знающий принципы, основные методы и организацию лечебной физкультуры, а специалисты лечебной физкультуры должны быть знакомы с фонетикой русского языка (описание типовых артикуляций и произношений звуков) и главные логопедические приемы постановки звуков и закрепления их в речевой практике.

Таким образом, раненые в челюстно-лицевую область, по мнению автора, нуждаются в комплексном лечении, при участии хирурга, ортопеда, физиотерапевта и логопеда. При этом необходимо придавать большое значение психологическому аспекту в работе по восстановлению речи.

Заключение. Установленные и разработанные М.Е. Хватцевым принципы организационной структуры первых реабилитационных бригад в составе: хирурга, ортопеда, физиотерапевта и логопеда являются основополагающими и актуальными на сегодняшний день в медицинской реабилитации челюстно-лицевых раненых, и могут применяться при лечении челюстно-лицевых раненых в госпитальной базе.

Карпова Т.Н., Чепик Г.С., Солдатов И.К.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНОЛИТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

После различных травм и выполнения операций в челюстно-лицевых областях, по устранению последствий этих травм, могут возникать патологические рубцы (гипертрофические и келоидные). Рубцы, расположенные на лице доставляют наибольший дискомфорт и проблемы пациентам, существенно снижая их «качество жизни». Поэтому, профилактика и лечение посттравматических рубцов после челюстно-лицевых операций является большой медицинской и социальной задачей, реабилитационным аспектом для всех больных, перенесших оперативное вмешательство после огнестрельных ранений, ожогов, бытовых травм и травм, полученных после ДТП.

Современные знания о патогенезе роста рубцовой ткани, методов лечения, можно условно разделить на угнетение избыточной пролиферации миофибробластов и процесса естественной физиологической деградации (разрушения) коллагена связан с воздействием коллагеназы, вызывающей протеолиз избыточного коллагена.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и оптимизации способа введения косметического средства ферменкол в целях профилактики и лечебной коррекции рубцов. Ферменкол представляет собой смесь протеаз (коллагеназ) Изучена эффективность применения ферменкола в коррекции патологических рубцов различной локализации у 110-и пациентов. Комплекс проявляет не только коллагенолитическую, но и общую протеолитическую активность. Уменьшение гипертрофических и келоидных рубцов лица, в частности посттравматических рубцов челюстно-лицевых областей происходило в 21-ти случаях наблюдения вследствие гидролиза коллагена рубцов.

Ферменкол вводили методом электро- и ультрафонофореза. В ходе исследования определяли изменения характеристик рубцовой ткани по ранее разработанной шкалеклинических признаков в процессе применения препарата.

Выводы. В результате исследования эффективности проводимой терапии патологических рубцов лица коллагенолитическим средством ферменкол на 21-ом пациенте (пациенты с посттравматическими рубцами челюстно-лицевой области) мы отметили, что данный препарат обе-

спечил положительную динамику всех исследованных нами клинических параметров. Электрофорез и ультрафонофорез ферменкола являются наиболее эффективным механизмом транспорта ферментного комплекса коллагеназ и позволяют доставлять коллагенолитические ферменты в глубокие участки рубцовоизмененной кожи.

Проведенное нами исследование позволяет сделать вывод о целесообразности использования ферменкола, имеющим патогенетическую направленность при формировании рубцов и обладающего коллагенолитическим действием, в схемах лечения больных страдающих рубцами лица, в частности после травм челюстно-лицевых областей.

Физические методы лечения являются основной частью комплексной программы лечения (коррекции) рубцов с локализацией на лице (клинические рекомендации класс I).

Черныш В.Ф., Багненко А.С.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Давно известно, что челюстно-лицевые раненые являются особой группой пострадавших на войне. Они всегда были сложным объектом для лечения и трудным для кормления. В развитии тактики лечения огнестрельной травмы челюстно-лицевой области можно проследить три периода: консервативный, радикальный и щадящий. Консервативный метод хирургической обработки раны челюстно-лицевой области существовал до конца 18 века и был сформулирован А.Г. Рихтером (1792). «Костные отторги кои хотя и весьма мало ещё висят, должны быть возвращены в прежнее положение, потому что они оставляют по себе некое безобразие в лице. …». Однако в войнах 19 века консерватизм сменился выраженным радикализмом, который внедрялся авторитетом Ларрея – главного хирурга французской армии. Он признавал возможным «иссечение или удаление больших отрезков верхней челюсти и всей нижней челюсти» и сделал резекцию методом выбора при первичной обработке костной раны челюстей. В результате радикальной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области, не учитывающей анатомо-физиологические особенности строения и социальные факторы, развивались обезображивания лица с нарушением функций полости рта. Однако, Н.И. Пирогов на основании опыта Крымской войны 1853-43гг. отверг резекцию кости как общую меру при огнестрельных переломах челюстей и предложил щадящий принцип обработки костной раны челюстей, являющийся общепризнанным в современной челюстно-лицевой хирургии. Б.Д. Кабаков (1976) представил его в дальнейшем в виде «ограниченного рассечения и экономного иссечения раны челюстно-лицевой области».

Следует отметить, что до сих пор среди челюстно-лицевых хирургов и хирургов стоматологов сохраняются некоторые нерешенные вопросы лечебной тактики при оказании специализированной хирургической помощи наиболее тяжелой категории пострадавших с переломами костей лицевого черепа, сочетающихся с повреждениями других сегментов тела. Нет единого мнения о сроках, методах закрепления отломков, .объеме оказываемой специализированной хирургической помощи, особенно при сочетании переломов челюстей с тяжелой черепно-мозговой травмой.(Лукьяненко А. В.1994; Мадай Д. Ю.,2011.) .Головко К. П. ,Мадай Д.Ю., (2016) рекомендуют применение рациональной многоэтапной хирургической тактики, при которой производится разделение объема помощи на три этапа.1-й этап – устранение жизнеугрожающих последствий травмы. (его продолжительность до 12 часов от момента травмы). 2-й этап – интенсивной терапии, профилактики и лечения инфекционных осложнений. (продолжительность – 2 – 10 суток).3-й этап – реконструктивно-восстановительный. Критерием его является стабилизация состояния пострадавшего. Различные точки зрения. высказываемые в литературе, посвященной лечебной тактике при оказании специализированной хирургической помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой челюстно-лицевой области, послужили основанием для обсуждения данной проблемы.

Чобанян А.Г., Чунихин А.А.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА РЕПАРАТИВНЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Изучение механизмов ремоделирования костной ткани имеет важнейшее фундаментальное значение в области регуляции восстановительных процессов в костнойткани в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В настоящее время одним из наиболее актуальных направлений уско-

рения реабилитации пациентов считается создание методов и средств интенсификации обменных процессов в костной ткани и тканях пародонта, что позволяет сокращать продолжительностьреабилитации.Остеокласты – крупные (150-180 мкм) многоядерные клетки, резорбирующие костную ткань. Совместно с остеобластами они участвуют в ремоделировании костной ткани в эмбриональном, постнатальном и регенерационном остеогенезе.

Цель исследования: изучить влияние низкоинтенсивного импульсного лазерного излучения (НИЛИ) в эксперименте (на крысах) invivo на репаративный остеогенез челюстных костей с помощью гистоморфометрического метода.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели была воспроизведена экспериментальная модель мезиального перемещения первого моляра нижней челюсти с помощью пружины в соответствии с методом Kawasaki и Shimizu (2000) с использованиемкрыс-самцов стока Вистар 10-недельного возраста, распределенных на 2 группы. В первой группе (экспериментальной) проводили облучениеНИЛИ бесконтактным способом в области первого моляра нижней челюсти с мезиальной и дистальной сторон. Применяли диодный лазер с длиной волны 1270нм в импульсном наносекундном режиме со средней мощностью 2 Вт с сохранением фокусного расстояния от места облучения 3-5 мм с экспозицией 5 мин, суммарной мощностью 200 мДж/см^{2}в течение 7 дней. Далее после 7-дневного перерыва, ежедневно воздействовали НИЛИ в течение 7 суток. В группе сравнения (контрольной) животным не проводили облучение НИЛИ. Вывод животных из эксперимента совершали на 3, 5, 7, 14, и 21-е сутки. При окраске гематоксилином и эозином на всех этапах эксперимента вычисляли количество остеокластов в периодонтальной связке моляра на границе с альвеолярной костью, включая лакуны резорбции.

Результаты исследования. Количество остеокластов (M ±y) в периодонтальной связке со стороны давленияна границе с альвеолярной костью, в т.ч., в лакунах ее резорбции на третьи сутки в экспериментальной группе на 3 сутки составило 9,7±3,20, в контрольной группе 3,7±1,34; на 5 сутки в группе исследования 16,2±2,86, в контрольной - 9,3±3,59; на 7 сутки - 16,4±3,21 и 11,9±1,66, на 14 сутки -17,7±3,68и 12,8±1,93; на 21 сутки 17,9±3,32 и 13,6±1,78 соответственно при статистически достоверной разнице ($p<0,05$). Выявлено, что при облучении НИЛИ количество остеокластов возрастает о чем свидетельствует существенный их рост на 3 и 14 сутки эксперимента.

Заключение. Воздействие НИЛИ на костную ткань при ремоделировании у крыс приводит к значительному увеличению количества остеокластов в участках лакунарной резорбции. Это в свою очередь способствует ускорениюметаболическихпроцессоввкостнойткани, что способствует ускорению процесса ремоделирования и, как следствие, сокращению сроков реабилитации при проведении хирургических вмешательств на челюстных костях.

Шелковникова С.Г., Корецкая И.В.,
Чиркова Н.В., Вавина Е.П., Азарова О.А.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ УСПЕШНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение. Пульпиты и периодонтиты являются наиболее часто встречаемыми стоматологическими заболеваниями, уступая первое место лишь неосложненному кариесу. Одним из наиболее проблемных и уязвимых является этап медикаментозной обработки корневого канала.

Цель и задачи. Повышение эффективности эндодонтического лечения путем поиска новых препаратов для медикаментозной обработки корневых каналов и разработки методик их применения.

Материалы и методы. Мы пришли к выводу, что перспективным является метод неинвазивного трансканального лечения хронических апикальных периодонтитов с использованием препаратов антисептического, противовоспалительного, антибактериального, некролитического и репаративного действия, которыми являются фермент «Имозимаза» и гель «Холисал». Методика применения «Имозимазы» и «Холисала» для медикаментозной обработки корневых каналов заключается в обильной ирригации корневого канала раствором ферментного препарата и использовании геля «Холисал» в качестве препарата для временного пломбирования корневого канала.

Основные результаты. В результате проведенных исследований, удалось выявить высокую эффективность препаратов «Имозимаза» и «Холисал» при медикаментозной обработке корневых каналов зубов. При ирригации корневых каналов препаратом «Имозимаза» удалось получить высо-

кую степень очистки корневого канала от гнойно-некротического детрита пульпы и отростков одонтобластов, а значит, тем самым ликвидировать наличие питательного субстрата для патогенной микрофлоры. Еще одним важным фактором явилось отсутствие болевых ощущений у пациентов как во время проведения процедуры промывания корневого канала препаратом «Имозимаза», так и после нее, что свидетельствует об отсутствии раздражающего и токсичного действия препарата на ткани периодонта. При временном пломбировании корневых каналов препаратом «Холисал» были получены следующие данные: снижение болевых ощущений в причинном зубе или их полное отсутствие. Обусловлено это противовоспалительным и анальгезирующим действием препарата «Холисал».

Заключение. По нашему мнению целесообразным будет являться применение препаратов «Имозимаза» и «Холисал» в эндодонтической практике при лечении хронических апикальных периодонтитов. Данные препараты отвечают таким важным требованиям, как биосовместимость, отсутствие токсичности. Их применение не вызывает деструктивных и некротических изменений в здоровых тканях, побочных эффектов. Прежде всего они обеспечивают значительный терапевтический эффект при лечении хронических апикальных периодонтитов: вызывают некролитический эффект, уменьшают воспаление и отек, устраняют болевой синдром, обладают широким спектром противомикробной активности, способствуют репарации здоровых тканей, а следовательно, обеспечивают положительный клинический результат.

Шипицына М.С., Иорданишвили А.К.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБОВ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

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. 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. Осмотр проводили общепринятым способом с помощью стоматологических зеркала и зонда. При осмотре выявляли кариес корня зуба и учитывали частоту встречаемости этой патологии зуба в процентах с учётом возрастной группы и гендерной принадлежности осмотренных.У некоторых пациентов, при диагностировании кариеса корня зуба, определяли индекс гигиены полости рта по общепринятой методике, предложенной Ю.А. Фёдоровым и В.В. Володкиной. Полученный в результате эпидемиологического исследования цифровой материал был обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа - «Statisticafor-Windowsv. 6.0». Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$. Случаи, когда значения вероятности показателя «p» находились в диапазоне от 0,05 до 0,10 – расценивали как «наличие тенденции».

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ цифрового материала показал, что у взрослых людей, проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, частота встречаемости кариеса корня зуба составила 4,34%, так как кариозные полости в корне зубов из 4701 обследуемых были выявлены только у 204 чел.

Заключение. Проведённое клиническое исследование позволило установить частоту встречаемости кариеса корня зуба у взрослого человека и возрастные особенности течения этой патологии.

Яременко А.И., Зубарева А.А., Ленская П.А., Сучков Д.С., Герасимов А.С.

ОСЛОЖНЕНИЯ СКУЛОВОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург
ООО «Феникс», Санкт-Петербург

Введение. Одним из методов реабилитации пациентов с выраженной атрофией (редукцией) альвеолярного отростка верхней челюсти является скуловая имплантация. Этот метод также может быть применен для «первичной» реабилитации пациентов при резекции верхней челюсти и может быть альтернативой реконструкции посттравматических дефектов. В данной работе проведен детальный анализ осложнений скуловой имплантации у пациентов, реабилитированных нами этим методом.

Цель и задачи исследования. Провести анализ результатов пятилетнего опыта реабилитации

пациентов методом скуловой имплантации и разработать алгоритм действий по профилактике осложнений этого метода.

Материалы и методы. Проведена реабилитация 41 пациентам методом скуловой имплантации. Минимальный возраст пациента - 40 лет. Количество мужчин и женщин среди пациентов было примерно одинаковым. Использовались скуловые имплантаты Brantmark System Nobel Biocare. Всего установлено 124 скуловых имплантата в различной комбинациях (установка скулового имплантата только с одной стороны или с обеих, Zygoma +2, (Zygoma +2) x 2, Double Zygoma, Quadro Zygoma. Применялись разные протоколы протезирования на скуловых имплантатах (немедленная нагрузка, отсроченная). На этапе планирования пациентам проводился клинический осмотр врачами разных специальностей (стоматолог-ортопед, хирург-имплантолог, челюстно-лицевой хирург, оториноляринголог, терапевт, анестезиолог), 3-х мерная лучевая диагностика (предпочтительно конусно-лучевая), изготавливались стереолитографические модели, зубные оттиски. Установка имплантатов проводилась под сочетанным обезболиванием.

Основные результаты. Выявлены наиболее часто возникающие виды интраоперационных, послеоперационных ранних и отдаленных осложнений в случаях с немедленной и отсроченной нагрузки: повреждения верхней альвеолярной артерии, повреждение оболочки комка Биша, перелом вестибулярной пластины альвеолярного отростка, послеоперационные кровотечения и гематомы, флегмоны околочелюстных мягких тканей, парестезии в зоне иннервации второй ветви тройничного нерва, обнажение протетической части имплантата, верхнечелюстные синуситы с/без ороантральным свищем, периостит скуловой кости с/без дермальными фистулами, дезинтеграция имплантата, переломы протезов и фиксирующих элементов. Максимальный срок проявления осложнения отмечен через полтора года от установки имплантатов.

Заключение. Основой профилактики осложнений скуловой имплантации является строгое соблюдение протокола метода и мультидисциплинарный подход на всех этапах реабилитации.

Яременко А.И., Зубарева А.А., Лысенко А.В.

ПЕРФОРАТИВНЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ СИНУСИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Актуальность. По данным источников литературы синуситы одонтогенной этиологии составляют от 26 до 40 % среди всех воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи. В последние годы возросла, по разным данным, до 41-77% частота перфоративных форм одонтогенных синуситов.

Цель исследования: совершенствование методов диагностики, профилактики и лечения одонтогенныхперфоративных синуситов (ОПС).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе клиники челюстно-лицевой хирургии и клиники оториноларингологии ПСПбГМУ имени академика И. П. Павлова. В исследование были включены 60 больных, страдающих ОПС. Выполнен комплексный анализ клинических и данных конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ): общий стоматологический статус больного, параметры костного дефекта в области ОАС - его размер, расположение, оптическая плотность в области костного дефекта и окружающих тканей, причины его возникновения. Проводилась комплексная оценка состояния носовых структур и объема поражения всех околоносовых пазух. Особое внимание уделялось анатомическим особенностям пораженной верхнечелюстной пазухи. На основании полученных данных разработан единый протокол планирования комплексного лечения ОПС хирургами- стоматологами, челюстно-лицевыми хирургами и оториноларингологами.

Результаты и обсуждение. В 54,3 % случаев ОПС развился вследствие экстракции зуба, в подавляющем большинстве - первого моляра (60,9%). У подавляющего большинства больных-95,7% дно альвеолярной бухты находилось ниже дна носа. У большей части больных определялись очаги хронической одонтогенной инфекции.

Размер костного дефекта в области ОАС составил от 1,5 до 20,2 мм. Толщина альвеолярного отростка в области дефекта: от 0,7 до 5,2 мм. Оптическая плотность в зоне дефекта в среднем составила 1252 единиц. Поражение верхнечелюстного синуса при ОПС, в подавляющем большинстве случаев не является изолированным, сопряжено с увеличением носовых раковин и поражением клеток решетчатого лабиринта.

Выводы. При планировании оперативных вмешательств на верхней челюсти хирурги-стоматологи должны проводить комплексное обследование больных, включающее объективную оценку состояния зубочелюстной системы, носовых структур и околоносовых пазух. При возникновении ОПС его лечение целесообразно проводить совместно челюстно-лицевыми хирургами и оториноларингологами по едино выработанной схеме, с учётом дальнейшей реконструктивной операции в зоне перфорации.

Яременко А.И., Колегова Т.Е.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. Минимально инвазивная хирургия в области головы и шеи активно развивается во всем мире. Большинство исследований в области шеи сосредоточено на проблемах эндоскопически-ассоциированной и робот-ассоциированной тиреоидэктомии. Разработка и внедрение в клиническую практику методик малоивазивных эндоскопически-ассоциированных оперативных вмешательств позволит значимо улучшить эстетические и функциональные результаты операций в эстетически значимых областях, таких как лицо и шея.

Цель и задачи исследования. Разработка и топографо-анатомическое обоснование эндовидео-ассоциированных доступов к структурам и новообразованиям головы и шеи. Провести сравнительный анализ травматичности удаления новообразований головы и шеи путем морфологического исследования препаратов. Провести сравнительный анализ эффективности и безопасности эндоскопически-ассоциированных и открытых доступов для удаления новообразований головы и шеи.

Материалы и методы. Нами произведена диссекция 3 человеческих кадавров (по две стороны у каждого) с целью разработки эндоскопически-ассоциированных доступов к верхней трети лица, верхней и средней трети шеи. Прооперировано 24 пациента со следующими нозологическими формами заболеваний: 7 - с диагнозом липома области лба; 3 - с диагнозом остеома области лба; 2- с диагнозом липома средней трети шеи; 9 - с диагнозом боковая киста шеи; 1- с диагнозом срединная киста шеи; 1 - с диагнозом аденома подчелюстной слюнной железы; 1 – с диагнозом шилоподъязычный синдром. Мы использовали эндоскопически-ассоциированные доступы из области волосистой части головы и аксиллярные доступы.

Основные результаты. Эстетические и функциональные результаты не оставляют сомнений в целесообразности применения данной методики, необходимости разработки новых и совершенствования существующих подходов. На наш взгляд, аксиллярный эндоскопически-ассоциированный доступ к структурам и образованиям верхней трети шеи вызывает сомнения.

Заключение. Данный вид оперативного лечения нами планируется использовать, как основной для удаления новообразований головы и шеи, для малоинвазивной диагностики отдельных видов злокачественных опухолей.

Яременко А.И., Кутукова С.И., Серова А.Я., Байкалова П.М.

ХРОНИЧЕСКИЙ СИАЛОАДЕНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. Хронический сиалоаденит, возникающийв следствие лечения заболеваний щитовидных желез радиоактивным йодом, по данным авторов, развивается у 26% пациентов. Вследствие имеющейся у клеток паренхимы и протоков слюнных желез способности захватывать радиоактивный йод, развивается воспаление крупных слюнных желез с образованием стриктур протоков. Данная тема является актуальной на сегодняшний день так как возникновению такого осложнения подвержены пациенты различного пола и возраста, а также данное осложнение является трудно диагностируемым при использовании стандартных методов исследования больших слюнных желез.

Цель. Анализ эффективности лечения больных с радиойодным сиалоаденитом при помощи эндовидеоассоциированных оперативных вмешательств у пациентов, находившихся на лечении в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Материалы и методы. На базе клиники челюстно-лицевой и пластической хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с января 2015 г.

по ноябрь 2016 г. было произведено 16 диагностических и лечебных сиалоэндоскопий при помощи полужестких эндоскопов различного диаметра от 0.8 мм до 1.6 мм фирмы «KarlStorz». Так же использовались дополнительные материалы: бужи различных диаметров, корзины для извлечения конкрементов, катетеры различных диаметров.

Результаты. Произведен анализ пациентов с заболеваниями щитовидной железы и патологией слюнных желез. После проведенного лечения, включавшего в себя проведение сиалоэндоскопии и консервативную терапию, проводилось диспансерное наблюдение пациентов, выявлено, что 11 (68,75%) отмечено полное исчезновение признаков сиалоаденита, 2 (12,5%) уменьшение симптомов, у 2(12,5%) пациентов после проведения сиалоэндоскопии отмечены симптомы поражения противоположной слюнной железы. У 1(6,25%) пациента отмечено повторное возникновение симптомов поражения слюнной железы в течение 1 месяца после проведения сиалоэндоскопии.

Выводы. Хронический сиалоаденит, как осложнение лечения заболеваний щитовидной железы, является актуальной проблемой на сегодняшний день. Основным из современных методов лечения таких больных - проведение сиалоэндоскопии с курсом консервативной терапии. Сиалоэндоскопия позволяет надолго, а иногда навсегда улучшить состояние пациента, а также выстроить новый алгоритм лечения и профилактики данного вида сиалоаденитов.

Яременко А.И., Кутукова С.И., Серова А.Я.

ВЫБОР МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. В современной медицине заболевания слюнных желез отличаются большим разнообразием, они имеют схожие симптомы, что представляет для практикующего врача значительные трудности. Основные методы исследования, которые применяются в диагностике, определяют основную клиническую картину, однако эти методики могут быть не до конца информативны, а стандартные методы лечения имеют ряд осложнений. По этому причинам появляются современные малоинвазивные методы исследования заболеваний слюнных желез, одним из них является сиалоэндоскопия.

Материалы и методы исследования. Был разработан алгоритм диагностики и лечения пациентов с вариантами заболеваний слюнных желез с учетом современных малоинвазивных технологий. На базе клиники челюстно-лицевой и пластической хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова производились диагностические и лечебные сиалоэндоскопии при помощи полужестких эндоскопов различного диаметра от 0.8 мм до 1.6 мм фирмы «KarlStorz». Так же использовались дополнительные материалы: бужи различных диаметров, корзины для извлечения конкрементов, катетеры различных диаметров.

Результаты. Всем 123 пациентам с различными видами патологии слюнных желез производилась диагностических сиалоэндоскопий (100 %). В 72 % случаях были визуализированы конкременты в протоках разного порядка слюнных желез. Производилось удаление конкрементов извлечение при помощи экстрактора,внутриротовым и наружным доступом с эндовидеоассоциацией, в некоторых случаях принимались решения об удаление слюнной железы. В 28 % клинических случаях были визуализированы,стриктуры и стенозы различной степени тяжести протоковой системы как околоушных,так и подчелюстных слюнных желез. Также производились оперативные вмешательства для устранения обструктивных заболеваний.

Выводы. Сиалоэндоскопию отличает простота использования, при определенных мануальных навыках. Данная методика обладает высокая степенью визуализации различных патологических процессах в протоковой системе слюнных желез, которые невозможно определить другими видами исследования, а так же позволяет переходить от диагностических мероприятий к оперативным методикам,что уменьшает объем оперативного вмешательства и облегчает послеоперационный статус пациента.

Гребнев Г.А., Кувшинова А.К., Багненко А.С., Малых А.Б., Буценко С.А., Иорданишвили А.К.

АЛГОРИТМ РАСЧЕТА ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ ЗУБОПРОТЕЗНОЙ ПОМОЩИ ПЕНСИОНЕРАМ МИНОБОРОНЫ РОССИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Главное военно-медицинское управление МО РФ Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Лечебно-реабилитационный клинический центр, Москва)

С целью решения вопроса о финансово-экономическом обосновании оказания зубопротезной помощи пенсионерам Минобороны России

в условиях стоматологических учреждений федерального (муниципального и ведомственного) подчинения системы здравоохранения на кафедре челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова разработан алгоритм расчета финансовых затрат на данный вид стоматологической помощи.

Материалами данного исследования явились 2008 заказ-нарядов на зубопротезирование пенсионеров Минобороны России в военно-медицинских учреждениях, дислоцированных в Санкт-Петербурге и Хабаровске, данные о средней стоимости изготовления зуботехнических изделий в различных субъектах Российской Федерации (получены через сети интернета), годовые отчеты, служебные записки начальников медицинской службы и нештатных главных стоматологов военных округов (флотов).

При анализе данных заказ-нарядов были определены:

- общее количество различных видов зуботехнических изделий в заказ-нарядах пенсионеров МО РФ;

- среднее количество зуботехнических изделий, приходящихся на один заказ-наряд;

По значению средней стоимости изготовления зуботехнических изделий в различных субъектах РФ (данные получены через интернет о ценах в государственных и коммерческих стоматологических учреждениях) определена средняя стоимость одного заказ-наряда для каждого субъекта РФ при традиционном зубном протезировании, применяемого в военно-медицинских организациях за счет бюджета Минобороны России (в основном, коронки стальные, пластмассовые, цельнолитые, зубные протезы съемные частичные и полные, бюгельные протезы простые, реже - металлокерамические протезы, протезы бюгельные сложные).

Средняя цена на комбинацию современного съемного и несъемного протезирования одного человека с использованием дорогостоящих технологий (гибкие съемные или нейлоновые зубные протезы, сложные бюгельные протезы с современными замковыми креплениями, металлокерамические и цельнолитые протезы, протезирование безметалловой керамикой) приведена по данным кафедры ортопедической стоматологии стоматологических лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга и Хабаровска.

Собственно зубопротезирование может осуществляться как применением одного вида зуботехнических изделий, так и их различными комбинациями, и в первую очередь должно обеспечить восстановление функции жевания.

Определен перечень основных видов зуботехнических изделий, которые могут являться видом самостоятельного зубного протеза или составляющими элементами зубного протеза, применение которых позволяет выполнить практически все возможные варианты зубного протезирования пенсионерам. Признаков дублирования зуботехнических изделий в данном перечне нет. Определена минимальная (одним видом зуботехнических изделий) и максимальная (наиболее часто выполняемая комбинация зуботехнических изделий) стоимость зубопротезирования одному пенсионеру по средней цене на данные изделия, установленной в субъектах Российской Федерации, которые составили 5 609 руб. и 23 559 руб. соответственно. Стоимость драгоценных металлов и материалов, приравненных к ним, при изготовлении зубных протезов в соответствии с Федеральным законом от 1998 г. 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» пенсионеры Минобороны России оплачивают из личных средств.

Средняя стоимость зубопротезирования одного пенсионера Минобороны России в федеральных учреждениях (муниципального и ведомственного) подчинения систем здравоохранения составила 7 525 руб.

Проведенная работа позволила создать стройную систему, при которой учреждения здравоохранения по окончании подготовки полости рта к зубопротезированию осуществляют изготовление и ремонт зубных протезов в рамках стандарта зубопротезирования, который утвержден начальником Главного Военно-медицинского управления Минобороны России (за исключением протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов) в соответствии с Федеральным законом от 1998 г. 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» по тарифам, действующим на территории соответствующего субъекта Российской Федерации (в учреждении здравоохранения) на момент оказания зубопротезной помощи.

Гусарина Е.И., Бородулина И.И.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКИ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ

Клиники №6 ГК ОС МЕДИ, Санкт-Петербург
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Одним из осложнений, развивающимся в процессе ортодонтического лечения является рецессия десны. По данным наблюдений разных авторов чаще подвержены риску возникновения рецессии нижние резцы. Основные причины развития данного осложнения – несоответствие ширины корня и альвеолярного гребня в вестибуло – оральном направлении, тонкая либо почти отсутствующая вестибулярная костная пластинка и недостаточная ширина кератинизированной десны. Закрытие рецессии десны во фронтальном отделе нижней челюсти имеет серьезные сложности, связанные с наличием тяжей, уздечки губы, уменьшением размеров прикрепленной десны и натяжением мышц, фиксирующихся к подбородку. Для устранения указанных факторов перед пластикой десны необходимо устранение мелкого преддверия полости рта. Результаты оперативного лечения могут улучшиться при использовании двухэтапной методики для закрытия рецессии десны в области центральных зубов на нижней челюсти.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности закрытия рецессии десны с помощью двухэтапной методики: 1-углубление преддверия полости рта и 2-закрытие одиночных и множественных рецессий с использованием коронально-смещенного лоскута (MCAF) и субэпителиального трансплантата (SCTG).

Материалы и методы. Для исследования были выбраны 8 (6 женщин, 2 мужчин) некурящих пациентов, не имеющих сопутствующей общесоматической патологии, у которых установлено наличие 26 рецессий 1-3 класса по Миллеру. 3 пациента имели одиночные рецессии, 5 – множественные. У всех обследованных лиц установлено: мелкое преддверие полости рта, узкая зона прикрепленной кератинизированной десны, тонкая кортикальная кость в различных сочетаниях. Закрытие рецессии производили в 2 этапа. На первом этапе углубляли преддверие, используя методику Эдлана-Мейхара в модификации Шмидта. На втором, через 3 месяца, проводили пластику десны с использованием модифицированного корональносмещенного лоскута и субэпителиального соединительно-тканного трансплантата с твёрдого нёба. Глубину рецессии, ширину кератинизированной десны измеряли до операции и через 12 месяцев после её проведения.

Основные результаты. Через 12 месяцев после проведения последнего хирургического вмешательства остаточная глубина рецессии значительно уменьшилась в сравнении с исходным значением и составила 0,42±0,25 мм. Ширина зоны кератинизированной десны увеличилась в среднем от 0,88±0,38 мм перед операциями до 2,63±0,53 мм через 1 год после последнего вмешательства.

Заключение. При использовании двухэтапной методики закрытия рецессии десны, возникшей в процессе ортодонтического лечения и включающей углубление преддверия полости рта и пластику десны с использованием коронально-смещенного лоскута (MCAF) и субэпителиального трансплантата (SCTG) с твердого нёба удалось достигнуть желаемого результата, выражающегося в уменьшении глубины рецессии и увеличении зоны кератинизированной десны.

СОДЕРЖАНИЕ

Гребнев Г.А, Иорданишвили А.К., Чепик Г.С., Железняк В.А, Багненко А.С.
ВКЛАД ПРОФЕССОРА М.А. СЛЕПЧЕНКО В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ (К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ) 3

Абрамян Ш.М., Рожнова Е.В., Иванченко О.Б., Блохин С.Н., Морозов С.Г.
РОЛЬ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ЛИФТИНГА ЛИЦА 7

Азизов М.Н., Демидова Е.Н., Васильев В.И.
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА Г. ВЕЛИКОГО НОВГОРОДА 7

Азизов М.Н., Лукавецкий А.А., Иванов А.С.
ЦИФРОВАЯ ОЦЕНКА ЦВЕТА ШКАЛ РАСЦВЕТОК ЗУБОВ 8

Алеева М. М., Уракова Е. В.
ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ БИСФОСФОНАТНЫХ ОСТЕОНЕКРОЗОВ ЧЕЛЮСТЕЙ 9

Арутюнян С.Э., Афанасьев В.В., Дубов Д.В., Гитихмаев Ю.М.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ 10

Асфендиаров Д.Д.
ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПУЛЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ И КОСТНЫХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 10

Асфендиаров Д.Д., Ветеркова Я.К., Иванов С.В.
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА 11

Асфендиаров Д.Д., Ветеркова Я.К., Бисярин М.И.
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 12

Байриков И.М., Столяренко П.Ю., Самыкин А.С., Зельтер П.М.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ ИЗ ПНЕВМАТИЧЕСКОГО ПИСТОЛЕТА 13

Байриков И.М., Столяренко П.Ю., Столяренко И.П.
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ (ОТ ИСТОКОВ ДО ОКОНЧАНИЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ) 13

Байриков И.М., Фишер И.И., Самуткина М.Г.
АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ САМАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА) 14

Байриков И.М., Фишер И.И.
КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 15

Борисова Э.Г., Никитенко В.В.
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЛОССОДИНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 15

Бородулина И.И., Блинов М.С., Тегза Н.В.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРЕДИКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС 16

Васильева Л.В., Ковалевский А.М., Иванников А.А.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 17

Володин А.И., Иорданишвили А.К., Спесивец А.Ф.
ПОКАЗАТЕЛИ НУЖДАЕМОСТИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ 18

Галяпин А.С., Сакович А.А., Коханая А.Д.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА «ПСИХО-СЕНСОРНО-АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ (ПСАФ)» АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СЛУШАТЕЛЕЙ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ 19

Гончаренко С.А., Семенцов И.В., Ибрагимов Т.А., Стрелковская В.И.
СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХАХ 20

Горбачев Д.С., Харитонова Н.Н., Леонгардт Т.А.
БОЕВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗНИЦЫ 20

Гребнев Г.А., Ковалевский В.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ХВОЙНО-СОЛЕВОГО КОНЦЕНТРАТА С ПАСТОЙ ХВОЙНОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА 21

Гребнев Г.А., Багненко А.С., Маградзе Г.
ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М.КИРОВА 22

Гребнев Г.А., Никитенко В.В., Терещук С.В., Ковалевский А.М.
АРЖАНЦЕВ П.З.: 100 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ВОЕННОГО ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА 23

Кубышкина К.П., Олейник О.И., Кунин А.А., Сущенко А.В.
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «ВЕКТОР» С ОЗОНИРОВАННОЙ ВОДОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ 24

Гук В.А., Иорданишвили А.К., Гук Т.П.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗУБОВ, ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ 25

Гусейнов Р.З., Малышев М.Е., Иорданишвили А.К.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЛИЦА 25

Дворянчиков В.В., Шафигуллин А.В.
ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД 26

Дорошина Н.Б, Матчин А.А, Чайникова И.Н.
МИКРОБИОЦЕНОЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ 27

Дробышев А.Ю., Сорвин В.А., Глушко А.В., Клипа И.А., Куракин К.А., Свиридов Е.Г.
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ 28

Дягилев А.И.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ТИПОВЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ 28

Жевлаков А.А., Бородулина И.И.
ИЗУЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ УГЛОМ НАКЛОНА НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ И РАЗМЕРАМИ ПАРАДЕНТАЛЬНОЙ КИСТЫ 29

Иванов А.С., Азизов М.Н., Лукавецкий А.А.
ОЦЕНКА ШКАЛ РАСЦВЕТОК ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ КОЛОРИМЕТРА 30

Иванов А.С., Кабаньков А.В., Мнацаканов С.С., Румакин В.П., Орехова Л.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ ФУЛЛЕРЕНОВ В МЕМБРАНАХ ИЗ ПВС ДЛЯ ОСТЕОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ 30

Иванов А.С.
ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВНЧС 31

Иорданишвили А.К.
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ 32

Казаченко Е.В.
АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА 33

Калакуцкий И.Н., Калакуцкий Н.В.
ВОЗМОЖНОСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ТОРАКОДОРСАЛЬНОГО ЛОСКУТА (ТДЛ) С РЕБРОМ В ЕГО СОСТАВЕ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ 33

Калакуцкий Н.В., Калакуцкий И.Н., Садилина С.В.
ВЫБОР ДОНОРСКОЙ ЗОНЫ ДЛЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ ЧЕЛЮСТЕЙ 34

Калакуцкий Н.В., Шестов В.Д., Овсепян Т.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ЗОН ЛИЦА 35

Карпова Т.Н, Чепик Г.С., Солдатов И.К.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ..... 36

Кевлова Е.В., Черныш В.Ф.,
Иорданишвили А.К., Зайцев В.В.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ АТТЕСТОВАННЫХ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ..... 36

Кевлова Е.В., Зайцев В.В.
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС АТТЕСТОВАННЫХ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ 37

Ковалевский А.М., Бочарников А.А.
ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ..... 38

Ковалевский А.М., Васильева Л.В.,
Железняк В.А.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА ПРИ СИСТЕМАТИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИБРАЦИИ..... 39

Коровин Н.В., Иорданишвили А.К.,
Черныш В.Ф., Сериков А.А.
ЗАТРУДНЁННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБОВ МУДРОСТИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ВОЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ..... 40

Костина И.Н.
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СТАЦИОНАРА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ 41

Красиков А.В., Гребнев Г.А., Чернегов В.В., Гук В.А.
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КОСТЕЙ ЛИЦА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 42

Кубышкина К.П., Олейник О.И., Кунин А.А., Сущенко А.В.
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «ВЕКТОР» С ОЗОНИРОВАННОЙ ВОДОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ 43

Паршин Ю.В., Волковой О.А.
КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЩАДЯЩЕГО МЕТОДА ИМПЛАНТАЦИОННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 44

Кувшинова А.К.
ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПРИОБРЕТЁННЫХ ДЕФЕКТАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 44

Кунин А.А., Панкова С.Н., Кумирова О.А., Лунина Н.А., Азарова О.А.
ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАЛЬНЫХ ГИНГИВИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ..... 45

Никитенко В.В., Ковалевский А.М., Латиф И.И.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛЕТНОГО СОСТАВА ВЕРТОЛЕТНОЙ АВИАЦИИ 46

Лобейко В.В.
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ ПАТОЛОГИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ 47

Лунина Н.А., Сущенко А.В., Великая О.В, Панкова С.Н.
КОРРЕКЦИЯ ДИСБАЛАНСА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА А-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ 48

Лысков Н.В., Коровин Н.В, Иорданишвили А.К., Музыкин М.И., Сериков А.А., Жмудь М.В., Самсонов В.В.
ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛИТА РАЗЛИЧНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ 49

Мадай Д.Ю., Головко К.П., Самохвалов И.М., Гребнев Г.А., Мадай О.Д., Красиков А.Ю.
ПРОГРАММИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ 49

Матина В.Н., Кардашева Я.Р.
РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ..... 50

Матчин А.А., Барков В.Н., Матчина О.И., Горбунова Л.Н., Шупляк Л.А.
ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ..... 51

Матчин А.А., Стадников А.А., Клевцов Г.В., Носов Е.В.
ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНЫХ ГИСТОГЕНЕЗОВ ПРИ ЗАКРЕПЛЕНИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МИНИ ПЛАСТИНАМИ ИЗ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ТИТАНА 51

Матчин А.А., Суходолец С.Н., Матчина О.И., Барков В.Н., Носов Е.В., Егорова О.А., Касьянов Р.Е., Мухтаренкова О.В.
ФОРМИРОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ У ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ 52

Матчин А.А., Ферхов А.Б., Габидулин А.Д., Мыцик И.В., Трубников Д.А.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 53

Митронин А.В., Заблоцкая М.В., Заблокая Н.В., Фидарова К.Б., Величко Е.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕСЕНСИТАЙЗЕРОВ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ 54

Митронин А.В., Заблоцкая М.В.
КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ НАНОИМПРЕГНАЦИИ ДЕНТИНА ЧАСТИЦАМИ ГИДРОКСИДА МЕДИ-КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ 54

Морозов М.А., Сериков А.А., Иорданишвили А.К.
ОСОБЕННОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ 55

Морозов П.В., Путь В.А., Теплов Е.В.
ПРАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА. 56

Гребнев Г.А., Чернегов В.В., Москвин Г.В, Щербина Н.Ю.
ПРИМЕНЕНИЕ АУТОТРАНСПЛАНТАТА ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ ДЛЯ ПЛАСТИКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (ЧАСТИ) ЧЕЛЮСТЕЙ ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ 56

Найданова И.С., Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю.
ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА 57

Нестеров О.В., Нестерова Е.Е., Ксембаев С.С.
ВЛИЯНИЕ СОРБЕНТА «ЦЕЛОФОРМ» НА ФОРМИРОВАНИЕ НОРМОТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПАЦИЕНТОВ ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ 58

Никитенко В.В., Борисова Э.Г.
РОЛЬ БАКТЕРИОСКОПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЛОССОДИНИИ 58

Никитенко В.В., Иванов А.С., Лысков Н.В., Мормуль В.В., Спесивец А.Ф., Полевая Л.П.
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ЗАПАСА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 59

Останина Д.А.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ТРИОКСИДНОГО АГРЕГАТА И ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА: ЛАБОРАТОРНОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 60

Паршин В.В., Фадеев Р.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И ПАРАФУНКЦИЯМИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ 61

Терещук С.В., Деменчук П.А., Сухарев В.А.
СОХРАНЕНИЕ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ РЕЗЕКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ЕЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ 61

Терещук С.В., Сухарев В.А., Пасечник И.А.
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ТИТАНОВЫЕ СЕТЧАТЫЕ ПЛАСТИНЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ 62

Пахомова Н.В., Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю., Войтенков В.Б., Климкин А.В.
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 63

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А.
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕВРИТ ВТОРОЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА 63

Пинелис И.С.
ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМ РАНЕНЫМ В ТЫЛОВЫХ ГОСПИТАЛЯХ ЗАБАЙКАЛЬЯ (1941-1945 Г.Г.) 64

Ковалевский А. М., Подберёзкина Л.А., Потоцкая А.В.
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ 65

Порицкий Ю.В., Воронов В.А., Смирнова А.С.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ..... 67

Потоцкая А.В., Борисова Э.Г.
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ГЕЛЯ «ПАРОДОНТОЦИД» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА..... 68

Гребнев Г.А., Ковалевский А.М., Прожерина Е.Ю.
СРЕДСТВА ИНТЕРДЕНТАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ..... 69

Рабинович И.М., Васильев А.В., Захарова К.Е.
ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СМАЗАННЫЙ СЛОЙ В ПРОЦЕССЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ..... 69

Семенов М.Г., Коваленко К.Ю.
УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ..... 72

Силюк М.Г.
БИОМЕТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ..... 73

Слесарев О.В., Байриков И.М.
ХАРАКТЕР ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП В СТРУКТУРЕ ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ..... 73

Слесарев О.В., Байриков И.М.
СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ И КОММУНИКАТИВНЫХ ДЕВИАЦИЙ НА ПАТОГЕНЕЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ РАССТРОЙСТВ, ОСЛОЖНЁННЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ..... 74

Соколович Н.А., Седнева Я.Ю., Пономарева К.Г.
ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ..... 75

Карпова Т.Н. Чепик Г.С. Солдатов И.К.
К ИСТОРИИ ВОПРОСА О РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ РАНЕНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ..... 75

Карпова Т.Н., Чепик Г.С., Солдатов И.К.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНОЛИТИЧЕСКИХ СРЕДСВ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ..... 76

Соловьёв М.М.
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ПОЛИМОРБИДНУЮ ПАТОЛОГИЮ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИТКИ ПСАФ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ..... 77

Столяренко П. Ю.
ВКЛАД СЕВЕРИНА ТИГЕРШТЕДТА В РАЗВИТИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ..... 77

Строев Ю.И., Чурилов Л.П.
В.А. ОППЕЛЬ КАК КЛАССИК ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ (К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)..... 78

Гребнев Г.А., Железняк В.А., Тегза Н.В.
ОБУЧЕНИЕ ВОЕННЫХ СТОМАТОЛОГОВ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ..... 79

Терещук С.В., Сухарев В.А., Балин В.В.
ПРИМЕНЕНИЕ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ..... 80

Терещук С.В., Сухарев В.А., Балин В.В.
НАПРАВЛЕННАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВЫХ ГРАНУЛ..... 81

Терещук С.В., Сухарев В.А., Деменчук П.А.
МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ДОСТУП К ПОДЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЕ..... 81

Яременко А.И., Лебедев Д.В.
АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖИРОВОГО ТЕЛА ЩЕКИ (КОМКА БИША) ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ПОЛОСТИ РТА..... 82

Терещук С.В., Сухарев В.А., Деменчук П.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ГВКГ ИМЕНИ Н.Н. БУРДЕНКО..... 83

Толмачев И.А., Грига Э.С., Борисова Э.Г., Ягмуров Х.О.
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ 83

Улитовский С.Б., Калинина О.В., Панкратьева Л.И.
ДЕЗОДОРИРОВАНИЕ КАК МЕТОД МОТИВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ, ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА 84

Хорошилкина Ф.Я., Иорданишвили А.К.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 86

Чеканов В.Н.
ВНУТРИРОТОВАЯ СВАРКА В ЛЕЧЕНИИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ 87

Чепик Г.С.
ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДАЛЬНИХ ПОХОДОВ ПО СЕВЕРНОМУ ЛЕДОВИТОМУ ОКЕАНУ 87

Чепик Г.С., Лукьянов С.А.
ПРОФЕССОР В.М. УВАРОВ – ОРГАНИЗАТОР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВОЕННО-МОРСКОМ ФЛОТЕ СССР 88

Карпова Т.Н, Чепик Г.С., Солдатов И.К.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 89

Карпова Т.Н. Чепик Г.С. Солдатов И.К.
К ИСТОРИИ ВОПРОСА О РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ РАНЕНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ 89

Карпова Т.Н., Чепик Г.С., Солдатов И.К.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНОЛИТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ 90

Черныш В.Ф., Багненко А.С.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 91

Чобанян А.Г., Чунихин А.А.
ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА РЕПАРАТИВНЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 91

Шелковникова С.Г., Корецкая И.В., Чиркова Н.В., Вавина Е.П., Азарова О.А.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ УСПЕШНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 92

Шипицына М.С., Иорданишвили А.К.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБОВ 93

Яременко А.И., Зубарева А.А., Ленская П.А., Сучков Д.С., Герасимов А.С.
ОСЛОЖНЕНИЯ СКУЛОВОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ 93

Яременко А.И., Зубарева А.А., Лысенко А.В.
ПЕРФОРАТИВНЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ СИНУСИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ 94

Яременко А.И., Колегова Т.Е.
ЭНДОСКОПИЧЕСКИ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ 95

Яременко А.И., Кутукова С.И., Серова А.Я., Байкалова П.М.
ХРОНИЧЕСКИЙ СИАЛОАДЕНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ 95

Яременко А.И., Кутукова С.И., Серова А.Я.
ВЫБОР МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 96

Гребнев Г.А., Кувшинова А.К., Багненко А.С., Малых А.Б., Буценко С.А., Иорданишвили А.К.
АЛГОРИТМ РАСЧЕТА ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ ЗУБОПРОТЕЗНОЙ ПОМОЩИ ПЕНСИОНЕРАМ МИНОБОРОНЫ РОССИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 96

Гусарина Е.И., Бородулина И.И.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКИ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ 98



Профессорско-преподавательский состав кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова после научно-практической конференции. Слева направо: Г.И. Прохватилов, В.И. Позняк, К.А. Вураки, М.А. Слепченко, А.А. Несмеянов



Профессорско-преподавательский состав кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова с участниками Сборов главных стоматологов СА и ВМФ СССР.
Первый ряд слева направо: Г.А. Аракелов, В.С. Саакянц, М.А. Слепченко, Н.М. Александров, П.З. Аржанцев, А.В. Лукьяненко



Профессорско-преподавательский состав кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова с группой выпускников Курсов повышения квалификации гражданских врачей.
Первый ряд, слева направо: М.М. Малышева, В.А. Малышев, Н.М. Александров, М.А. Слепченко



Профессорско-преподавательский состав кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова с группой выпускников Высших академических курсов. Первый ряд слева направо: В.А. Малышев, Н.М. Александров, В.В. Фиалковский; второй ряд слева направо, второй М.А. Слепченко