

тонуса и вегетативной реактивности пациентов с СБД ВНЧС различных возрастных групп представлены в табл. 2.

По данным кардиоинтервалографии, у подростков и лиц юношеского возраста исходный вегетативный тонус достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у пациентов зрелого возраста, расценивали как эйтонию, вегетативную реактивность — как нормальную, а адаптацию — как удовлетворительную. У больных зрелого возраста чаще, чем у подростков, была гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность. Удовлетворительная адаптация у подростков и лиц юношеского возраста диагностирована достоверно чаще, чем у пациентов зрелого возраста ($p < 0,05$).

ВЫВОД

Выявленную неустойчивость вегетативной регуляции и особенности вегетативного реагирования у больных разных возрастных групп с СБД ВНЧС необходимо учитывать при разработке и выборе методов патогенетической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е. Многомерный вербально-цветовой болевой тест: пособие для врачей. — М.:

ФНКЭЦ ТМДЛ МЗ РФ, 2004. — 65 с.

2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. — М.: Медицина, 1997. — 265 с.

3. Байда О.А., Мастягин С.С., Арушанян Э.Б. Значение фактора времени для действия кофеина на вариабельность сердечного ритма здоровых людей // Эксперим. и клинич. фармакол. — 2005. — Т. 68, №3. — С. 20–22.

4. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. — М.: МИА, 1998. — 752 с.

5. Иваничев Г.А., Старосельцева Н.Г., Иваничев В.Г. Цервикальная атаксия (шейное головокружение). — Казань, 2010. — 244 с.

6. Козлов Д.Л., Вязьмин А.Я. Этиология и патогенез синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Сибир. мед. ж. — 2007. — №4. — С. 5–7.

7. Назаров В.М., Трошин В.Д., Степанченко А.В. Нейростоматология. — М.: Издательский центр «Академия», 2008. — 256 с.

8. Писаревский Ю.Л., Семенюк В.М., Хышиктыев Б.С., Белокриницкая Т.Е. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин (клиника, диагностика, лечение). — М.: Мед. книга, Н. Новгород: НГМА, 2003. — 105 с.

9. Пузин М.Н., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. — М.: Медицина, 2002. — 160 с.

10. Delcanho R.E. Masticatory muscle pain: a review of clinical features, research findings and possible mechanisms // Aust. Prosthodont. J. — 1995. — Vol. 9. — P. 49–59.

11. Thilander B., Rubio G., Pena L., de Mayorga C. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development // Angle Orthod. — 2002. — Vol. 72. — P. 146–154.

УДК 614.23:616.314-002-083-036.8

T18

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ КАРИЕСЕ ЗУБОВ

Алина Илдусовна Шайхутдинова, Виктория Викторовна Гилязева*

Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий при кариесе зубов.

Методы. Обследованы 246 пациентов в возрасте 18–50 лет (146 женщин и 100 мужчин), получавших стоматологическую помощь по поводу кариеса зубов и его осложнений, продолжительность наблюдения составляла 18 мес. Проведена экспертная оценка 246 медицинских карт стоматологического больного и курации пациентов. Гигиенический статус полости рта оценивали по критериям ОНІ-S (Oral Hygiene Index Simplified) и РНР (Patient Hygiene Performance), при значениях ОНІ-S (РНР) $0,6 \pm 0,1$ ($0,4 \pm 0,03$) состояние оценивали как хорошее, при $1,3 \pm 0,1$ ($0,7 \pm 0,02$) — как удовлетворительное, при $2,6 \pm 0,1$ ($1,8 \pm 0,04$) — как неудовлетворительное.

Результаты. Хорошее гигиеническое состояние полости рта отмечено у 64 пациентов (первая группа), удовлетворительное — у 88 (вторая группа), неудовлетворительное — у 94 пациентов (третья группа). В третьей группе доля полностью сохраненных реставраций и пломб при среднем и глубоком кариесе через 6 мес составила 89 и 81%, через 12 мес — 80 и 78,2%, через 18 мес — 79,7 и 71,8% соответственно; во второй группе через 6 мес — 94 и 92,8%, через 12 мес — 89 и 85,3%, через 18 мес — 87,5 и 81,2% соответственно; в первой группе через 6 мес — 96 и 96%, через 12 мес — 96 и 91,3%, через 18 мес — 94,5 и 90,5% соответственно.

Лишь 152 пациента из 246 выполняли все рекомендации и назначения, 34 (13,8%) не завершили санацию полости рта. Профилактические и реабилитационные мероприятия проводили в 30% случаев: в 15% — в полном объеме, в оставшихся 15% преимущественно осуществляли профессиональную чистку полости рта и реминерализующую терапию.

Вывод. Программа реабилитации стоматологических пациентов должна включать регулярные осмотры, кон-

троль гигиенического состояния полости рта, профессиональную чистку полости рта, шлифовку и полировку реставраций и пломб, патогенетическую терапию.

Ключевые слова: кариес зубов, лечение, реабилитация, гигиена полости рта.

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION MEASURES FOR DENTAL CARIES *A.I. Shaikhutdinova, V.V. Gilyazeva, Kazan State Medical University, Kazan, Russia.* **Aim.** To evaluate the effectiveness of rehabilitation measures for dental caries. **Methods.** Studied were 246 patients aged 18-50 years (146 women and 100 men) who received dental treatment for dental caries and its complications, the duration of follow-up was 18 months. Conducted was an expert evaluation of 246 medical records of dental patients and patients' management. The hygienic status of the oral cavity was assessed by the criteria of OHI-S (Oral Hygiene Index Simplified) and PHP (Patient Hygiene Performance), for values of OHI-S (PHP) 0.6 ± 0.1 (0.4 ± 0.03) the status was considered good, for values 1.3 ± 0.1 (0.7 ± 0.02) – satisfactory, for values 2.6 ± 0.1 (1.8 ± 0.04) – unsatisfactory. **Results.** Good oral hygiene status was noted in 64 patients (first group), satisfactory – in 88 (second group), unsatisfactory – in 94 patients (third group). In the third group, the share of fully intact restorations and fillings during middle and deep caries after 6 months was 89 and 81%, at 12 months – 80 and 78.2%, after 18 months – 79.7 and 71.8%, respectively; in the second group after 6 months – 94 and 92.8%, after 12 months – 89 and 85.3%, after 18 months – 87.5 and 81.2%, respectively; in the first group at 6 months – 96 and 96%, after 12 months – 96 and 91.3%, after 18 months – 94.5 and 90.5%, respectively. Only 152 of the 246 patients fulfilled all the recommendations and prescriptions, 34 (13.8%) did not complete the rehabilitation of the oral cavity. Prevention and rehabilitation activities were performed in 30% of cases: in 15% – in full, in the remaining 15% primarily professional oral cleaning and remineralization therapy was conducted. **Conclusion.** The program of rehabilitation of dental patients should include regular inspections, monitoring of the oral hygiene, professional cleaning of the oral cavity, grinding and polishing of the restorations and fillings, pathogenetic therapy. **Keywords:** dental caries, treatment, rehabilitation, oral hygiene.

Лечение кариеса зубов и его осложнений требует значительных материальных и профессиональных затрат, что позволяет ставить повышение эффективности профилактики и реабилитации при этом заболевании в разряд первоочередных проблем стоматологии [1–3].

Цель исследования – оценка эффективности реабилитационных мероприятий при кариесе зубов.

Проведена экспертная оценка медицинских карт стоматологического больного (учётная форма 643/у) и курации пациентов стоматологических клиник г. Казань. Были обследованы 246 пациентов (и изучено соответствующее количество медицинских карт) в возрасте 18–50 лет (146 женщин и 100 мужчин), получавших стоматологическую помощь по поводу кариеса зубов и его осложнений. Продолжительность наблюдения составила 18 мес. Во всех случаях получено письменное информированное согласие на проведение обследования, включавшего выявление жалоб, сбор анамнеза (*anamnesis vitae* и *anamnesis morbi*), объективный осмотр, изучение поражённости (распространённости и интенсивности) зубов кариесом. По показаниям проводили внутриротовую контактную рентгенографию зубов.

При статистической обработке собранных материалов определены показатели интенсивности кариеса зубов в соответствии с рекомендациями по стандартизации показателей стоматологической заболеваемости. При исследовании реставраций и пломб признаками их неудовлетворительного состояния считали изменение цвета

по наружному краю, нарушение краевого прилегания, изменение формы, признаки прогрессирования патологического процесса в прилежащих твёрдых тканях зубов.

Изучение гигиенического статуса полости рта пациентов проводили посредством упрощённого индекса OHI-S (Oral Hygiene Index Simplified, Green, Vermillion, 1964) и индекса эффективности гигиены PHP (Patient Hygiene Performance, Podshadley, Haley, 1968). При регулярном проведении индивидуальной гигиены состояние полости рта было оценено как хорошее (OHI-S: 0.6 ± 0.1 ; PHP: 0.4 ± 0.03); при нерегулярном проведении – как удовлетворительное (OHI-S: 1.3 ± 0.1 ; PHP: 0.7 ± 0.02); а при стабильно нерегулярном проведении (вплоть до полного прекращения) гигиенических процедур – как неудовлетворительное (OHI-S: 2.6 ± 0.1 ; PHP: 1.8 ± 0.04).

Пациенты в зависимости от гигиенического состояния полости рта были разделены на три группы. Первая группа (64 человека) характеризовалась хорошим гигиеническим состоянием полости рта (OHI-S: 0.6 ± 0.1 ; PHP: 0.4 ± 0.03); было проведено оперативное восстановительное лечение 108 зубов, из них 78 – по поводу кариеса, 30 – по поводу его осложнений (20 – пульпит, 10 – периодонтит). Во второй группе (88 человек) гигиенические показатели были удовлетворительными (OHI-S: 1.3 ± 0.1 ; PHP: 0.7 ± 0.02); проведено оперативное восстановительное лечение 178 зубов, из них 114 – по поводу кариеса, 64 – по поводу его осложнений (38 – пульпит, 26 – периодонтит). В третьей группе (94 человека) был отмечен не-

Таблица 1

Сохранность реставраций и пломб в группах пациентов

Сроки, мес	Первая группа (ОНИ-S: 0,6±0,1; РНР: 0,4±0,03)		Вторая группа (ОНИ-S: 1,3±0,1; РНР: 0,7±0,02)		Третья группа (ОНИ-S: 2,6±0,1; РНР: 1,8±0,04)	
	Средний кариес, %	Глубокий кариес, %	Средний кариес, %	Глубокий кариес, %	Средний кариес, %	Глубокий кариес, %
6	96	96	94	92,8	89	81
12	96	91,3	89	85,3	80	78,2
18	94,5	90,5	87,5	81,2	79,7	71,8

удовлетворительный уровень гигиены полости рта (ОНИ-S: 2,6±0,1; РНР: 1,8±0,04); проведено оперативное восстановительное лечение 214 зубов: 122 — по поводу кариеса, 92 — по поводу его осложнений (51 — пульпит, 41 — периодонтит).

Результаты оценки состояния реставраций и пломб, выполненных с применением адгезивной техники, на сроках 6, 12 и 18 мес после оперативного восстановительного лечения среднего и глубокого кариеса зубов у пациентов с хорошим, удовлетворительным и неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта приведены в табл. 1.

Прирост кариеса зубов через 18 мес в первой группе наблюдения составил 0,67±0,04; во второй группе — 1,18±0,08; в третьей группе — 1,82±0,07.

Лишь 152 пациента из 246 продемонстрировали высокий уровень сотрудничества с лечащим врачом, следуя всем рекомендациям и полностью выполняя назначения; 26 (10,7%) пациентов, ссылаясь на забывчивость, не выполняли назначения, 34 (13,8%) не завершили санацию полости рта в связи с отсутствием свободного времени и материальными затруднениями. Санация полости рта была завершена в 86,2% случаев (212 пациентов).

После оперативного восстановительного лечения профилактические и реабилитационные мероприятия проводили в 30% случаев: 15% — в полном объеме, в оставшихся 15% выполняли преимущественно профессиональную гигиену полости рта и реминерализующую терапию.

ВЫВОД

Программа реабилитации стоматологических пациентов должна включать регулярные (2–3 раза в год) осмотры, контроль гигиенического состояния полости рта и профессиональную чистку, шлифовку и полировку реставраций и пломб, а также патогенетическую терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксёнова Т.В. Построение индивидуализированной схемы лечебно-реабилитационных мероприятий при осложнениях кариеса зубов // Кубан. науч. мед. вестн. — 2004. — №4. — С. 5–7.
2. Лукиных Л.М. Достижения и проблемы в профилактике кариеса зубов и заболеваний пародонта // Инстит. стомат. — 2006. — №1. — С. 34–36.
3. Соколов В.Н., Любова О.Ю., Тучик Е.С. Попова Т.Г. Организация системы стандартизации для оценки и повышения качества оказания стоматологической помощи // Мед. право. — 2008. — №2. — С. 44–47.