

го и местного гомеостаза и их коррекция у больных с гнойной хирургической инфекцией: дис... канд. мед. наук / Ю.А. Амирасланов.– М., 1978.

4. Бахир, В.М. Структура и физико-химическая активность электрохимически активированных водных растворов. Конференция Электрохимическая активация в медицине, сельском хозяйстве, промышленности / В.М. Бахир.– М., 1994.– С. 24–28

5. Булынин, В.И. Лечение ран с использованием потока озонированного раствора под высоким давлением / В.И. Булынин, А.И. Ермаков // Хирургия.– 1998.– №8.– С. 23–24.

6. Гостищев, В.К. Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств и новых материалов / В.К. Гостищев, П.И. Толстых.– М., 1989.– С. 29–35.

7. Губин, М.А. Диагностика и лечение острых прогрессирующих воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи и их осложнений: дис. д-ра мед. наук / М.А. Губин.– М., 1987.– 357с.

8. Девятков, В.А. Применение в хирургии электрохимически активированных водных растворов и лекарственных средств на их основе / В.А. Девятков // Врач.– 2000.– №5.– С. 30–37.

9. Синдром эндогенной интоксикации у больных с флегмонами лица и шеи / А.С. Забелин [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.– 2012.– Т. V.– №2.– С. 398–400.

10. Камаев, М.Ф. Инфицированная рана и ее лечение / М.Ф. Камаев.– М.: Медицина, 1970.– 159 с.

11. Костюченко, Б.М. Современные методы ак-

тивного хирургического лечения гнойных ран и гнойных хирургических заболеваний/ Б.М. Костюченко // Современные методы активного хирургического лечения гнойных ран и острых гнойных хирургических заболеваний.– Ярославль, 1980.– С. 1–9.

12. Кузин, М.И. Раны и раневая инфекция / М.И. Кузин, Б.М. Костюченко.– М.: Медицина, 1981.– 680 с.

13. Робустова, Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных воспалительных заболеваний за 50 лет (1955-2004) / Т.Г. Робустова// Стоматология.– 2007.– Т.86.–№3.– С.63–66.

14. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Н.Н. Бажанов [и др.] // Стоматология.– 1997.– N2.– С. 15–20

15. Шаргородский, А.Г. Воспалительные заболевания тканей, челюстно-лицевой области и шеи / А.Г. Шаргородский.– М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.– 271 с.

16. Baquero, F. Prudent use of antimicrobial agents: Revisiting concepts and estimating perspectives in a global world / F. Baquero, J. Garau // Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.– 2010.– Sep 14.

17. Blindness and ophthalmoplegia complicating facial cellulitis / A. Gaudron [et al.] // Clin. Exp. Dermatol.– 2010 Apr.– №35 (3).– P. 324–5

18. De-Vicente-Rodriguez, J.C. Maxillofacial cellulitis / J.C. De-Vicente-Rodriguez // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.– 2004.–№ 09 Suppl.– P. 133–8; 126–33.

УДК 615.851

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Л.В. БАРАБАНОВА*, Л.Г. ГРИДНЕВА*, Ю.В. ГРИДНЕВ**

*ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, д.10, г.Воронеж

**ФГБОУ ВПО «Воронежская государственная лесотехническая академия», ул. Тимирязева, д. 8., г.Воронеж

Аннотация: в статье рассматриваются условия доступности наркологических медицинских услуг в городе Воронеже и их влияние на качество лечения больных опийной наркоманией. Исследуются также динамика наркологического анамнеза больных и его влияния на качество ремиссии. Делаются выводы, что взаимосвязи между внешними и внутренними факторами наркомании имеют сложную структуру и нуждаются в дополнительном изучении.

Ключевые слова: наркомания, здравоохранение, наркологический стационар, реабилитация, ремиссия.

FACTORS INFLUENCING ON QUALITY OF TREATMENT AND REHABILITATION IN THE OPIUM ADDICTS

L.V. BARABANOVA, L.G. GRYDNEVA, U.V.GRYDNEV

Voronezh State N.N.Burdenko Medical Academy, Department of the Nurse Care
Voronezh State Forest Technical Academy, Department of foreign languages

Abstract: The conditions of availability of narcological medical services in the Voronezh and their influence on

quality of treatment in the opium addicts are considered in this paper. Dynamics of narcological anamnesis in the patients and its influence on quality of remission are investigated. The authors concluded that interrelations between external and internal factors of narcotism have difficult structure and require additional studying.

Key words: chemical dependence, addiction, public health services, addict's hospital, rehabilitation, remission.

В XX веке наркомания проникла практически во все государства земного шара, захлестнула своим губительным влиянием большинство народов мира. Ее размах превзошел все опасения медиков, да и обществественности, понявшей, наконец, надвигающуюся опасность. Главное – изменился характер наркомании. Теперь это – социальное заболевание целых слоев населения и особенно молодежи, стремящихся получить «радостное возбуждение». Пожалуй, рождается качественно новое социальное зло – наркотизм – явление, вбирающее в себя и наркоманию как социальную болезнь, и мощные специализированные тресты, картели и другие организации, обеспечивающие расширенное производство и сбыт наркотиков, существующие технологии их изготовления и вовлечение в эту сферу новых масс людей, и рост организованной преступности на почве наркомании.

До середины 80 годов в России самой актуальной была проблема алкоголизма, но позже наметилась тенденция к ее перетеканию в проблему наркомании. Самое неутешительное то, что проблема наркомании в России затрагивает не только взрослых, но также детей и молодежь. После преступности, наркомания является второй по важности проблемой нашей в стране. Количество наркоманов увеличивается с катастрофической скоростью. Статистика наркомании в России дает неутешительные цифры. Злоупотребление наркотиками и психотропными препаратами относится в настоящее время к разряду высокозначимых социальных проблем, о чем свидетельствует выросший уровень наркомании в 10-15 раз с начала 90 годов, по данным Наблюдательного совета Института демографии, миграции и регионального развития; на начало 2012 г. по официальным данным Наркоконтроля, в России в стране 3 млн. человек регулярно употребляют наркотики, а имеют опыт их употребления 18 млн. (а если поделить 7 млрд доз героина, который поступает из Афганистана в Россию, о которых говорит ФКСН, на 365 дней в году, то выйдет, что у нас – порядка 19 млн наркоманов) [4]. По данным United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, отдела ООН, представивший данные по объему мирового наркотрафика, за последние 10 лет в России стало в 10 раз больше наркоманов. В год эти пользователи наркотических веществ употребляют до 80 тонн героина, который поступает из Афганистана. Такое количество употребляемого наркотика в три раза превышает количество героина, употребляемого в США и Канаде, где годовой объем составляет 20 тонн. По данным же председателя ФКСН Виктора Иванова, «в России насчитывается около 1,5 млн только потребителей героина, а точное число наркоманов подсчитать труд-

но». Под диспансерным наблюдением в наркологических учреждениях страны в настоящее время находится только 500 тысяч наркоманов (однако, это больные, которые взяты на учет ввиду того, что попали в поле зрения правоохранительных органов, тогда же как другая, большая часть, находится вне наблюдения наркологических учреждений в связи с добровольным принципом оказания помощи наркологическим больным: в 1991 году в России была отменена уголовная и административная ответственность за хранение и употребление наркотических веществ для личных целей. С этого была начата демократизация страны). В России в год гибнут, по данным отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.Н. Сербского от 30 тыс. до 120 тыс. наркозависимых. Средняя продолжительность жизни людей, регулярно употребляющих наркотики, не превышает 4,5 года. Наркомания в России «молодеет» — 84% наркоманов признаются, что впервые попробовали наркотики в возрасте менее 15 лет. Как ни печально, но многие родители узнают о наркотической зависимости своего ребенка спустя 2-5 лет и более после первого приема наркотика. А если еще учесть, что наркотические средства в основном потребляют молодые люди от 15 до 30 лет (по данным независимых экспертов, каждый второй учащийся в России хоть раз пробовал наркотик, при этом только 25% негативно относятся к употреблению наркотиков в связи с личностной позицией и неприятием наркотического образа жизни); за последнее десятилетие в 10 раз увеличилась смертность из-за наркотиков, а детская смертность повысилась в 45 раз, в порочный круг наркотизации каждым наркоманом втягиваются 10-17 человек, – то становится понятной актуальность проблемы профилактики распространения наркоманий и важность своевременного выявления и лечения лиц, страдающих наркотической зависимостью.

Лечение больных наркоманией в условиях наркологического стационара, по данным из литературы, часто бывает малоэффективным, поскольку ремиссия более 1 года после стационарного лечения, как правило, регистрируют лишь у 9-12% пациентов [2]. Такая низкая эффективность предполагает разработку новых способов лечения наркоманий, а также специальных реабилитационных программ, позволяющих увеличить продолжительность ремиссии, осуществлять профилактику возникновения рецидивов. С конца 90 гг. прошлого столетия в российской наркологии, вслед за психиатрией, стал утверждаться реабилитационный подход к лечению наркомании [1,3]. Реабилитационная направленность

современной наркологии опосредует необходимость выделения ключевых критериев объединения больных в группы, основанных на клинико-психологическом и терапевтическом статусе каждого больного. Поэтапная реабилитационная тактика с построением определенного континуума терапевтических задач обусловлена клинической динамикой наркотической зависимости, необходимостью последовательной коррекции эмоционально-волевых расстройств с учетом физического состояния и личностных установок больного. По данным исследователей, устойчивые ремиссии (до года и более) наблюдаются у наркоманов, прошедших курс реабилитации, в 35-50% случаев: «Если наркопотребитель проходит все такие стадии – детоксикацию, психотерапевтический курс и реабилитацию – он уже практически освобождается. Конечно, потребитель может сорваться. Но процент ремиссий очень высокий. Например, в центрах при РПЦ он достигает 70%. Эти 70% продолжают жизнь как нормальные члены общества. Конечно, есть те, кто срывается», так комментирует этот подход директор Наркоконтроля В. Иванов [4].

В 2000 году Воронежская область вошла в число территорий с наиболее высоким уровнем наркотизации населения. По распространенности потребления наркотиков Воронежская область находится на 22 месте в Российской Федерации и на 3 месте в Центральном федеральном округе. Наркоситуация в г. Воронеже все последние годы имела тенденцию к ухудшению. В связи с чем в 2002 году в рамках реализации целевой программы «Комплексные меры по противодействию злоупотребления наркотическими средствами», было создано МУЗ Наркологическая больница на 75 коек. В 2006 году во исполнение приказа МЗ и СР РФ от 13.10.05 № 633 «Об организации медицинской помощи», согласно которому оказание специализированной наркологической помощи при бюджетном финансировании должно осуществляться в областных ЛПУ, в МУЗ «ГКБ № 18» были закрыты бюджетные наркологические отделения (50 коек). Однако, учитывая социальную политику Правительства РФ по усилению мер по противодействию распространению наркомании и расширению сети лечебных учреждений по оказанию медицинской помощи наркозависимым, мнение специалистов, руководителей УЗ ГУЗ и Администрации ГО г. Воронеж (вопрос рассматривался на заседании городской межведомственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотиками), принимая во внимание неблагоприятную наркоситуацию в городском округе г. Воронеж при низкой обеспеченности наркологическими койками в Воронежской области (1,3 на 10 тыс. населения по Воронежской области; 2,2 по РФ; 2,6 по Центральному округу) и положительный опыт работы стационара, было принято решение организовать анонимное оказание наркологической помощи на базе подразделения платных услуг МУЗ «ГКБ № 18». В ЛПУ было

открыто отделение анонимного лечения для наркологических больных на 10 коек, существующих и до сего времени, а в августе 2012 г. во исполнении планов Правительства РФ на модернизацию здравоохранения были открыты еще 10 бюджетных коек в отделении медико-социальной реабилитации для г. Воронежа и Воронежской области.

Цель исследования – проанализировать динамику наркоситуации и адекватность лечебно-реабилитационных мероприятий в ГО г. Воронеж.

Материалы и методы исследования. Статистический анализ отчетности наркологической службы Воронежской области и МБУЗ Воронежской городской клинической больницы №18 г. Воронежа.

Результаты и их обсуждение. Кадровый потенциал наркологической службы Воронежской области показывает, что имеется недостаток врачей-наркологов. Так, в области на 01.01.2013 г. имелось в наличии 120, 25 ставок врачей-психиатров-наркологов, физических лиц – 62 врача-психиатра-нарколога; с учётом лиц, находящихся в декрете и оказывающих платные услуги (ф. 17) – 72 врача-психиатра-нарколога. В то же время отмечается постоянное снижение как числа штатных должностей врачей психиатров-наркологов, так и числа физических лиц. Процент укомплектованности кадрами в 2012 г. составил всего 66%.

Материально-техническая база наркологической службы области по уровню развития занимает одно из последних мест в Российской Федерации, причиной чего являются: низкий показатель по обеспеченности койками, выделенными в ЛПУ для лечения наркологических больных – 1,18 на 10 тыс. населения (ЦФО – 2,08; РФ – 1,77); низкое число реабилитационных коек (10 коек на г. Воронеж и Воронежскую область), низкое число стационарных коек (230 коек).

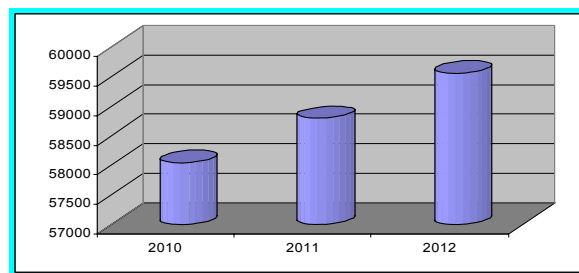


Рис. 1. Число больных с наркологическими расстройствами, зарегистрированных с диагнозом психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ

На 01.01.2013 года в Воронежской области было зарегистрировано больных (ф. 11) с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) – 59561 человек; 2011 г. – 58799 человек (+1,3%); из них: с алкогольными расстройствами – 44681 человек, 2011 г. – 44335 человек (+0,8%); с синдромом зависимости

от наркотических веществ (наркомании) – 14339 человек; 2011 г. – 13919 человек (+3%); с синдромом зависимости от ненаркотических ПАВ – 541 человек; 2011 г. – 545 человек (+ 0,7%). На 01.01.2013 г. было зарегистрировано больных с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением наркотических и ненаркотических ПАВ – 14339 человек; 2011 г. – 13919 человек (+3%).

Из них, в наркологических учреждениях на конец года под наблюдением врачей психиатров-наркологов состояло злоупотребляющих наркотическими средствами – 13563 человека; 2011 г. – 13402 человека (+ 1,2%). Из 14339 человек, злоупотребляющих наркотическими средствами, находящихся под наблюдением врачей – психиатров-наркологов: с диагнозом наркомания – 5499 человек; 2011 г. – 5327 человек (+3,2%); с диагнозом употребление наркотических веществ с вредными для здоровья последствиями (группа профилактического наблюдения) в 2012 г. – 8064 человека; в 2011 г. – 8075 человек (+0,14%). Из 14339 человек, злоупотребляющих наркотическими средствами и находящимися под наблюдением врачей психиатров – наркологов, 8645 человек употребляли наркотики внутривенно; 2011 г. – 9106 человек (-5%) (показатель снизился из-за изменения отчетности с 2012 года). Выявление больных наркоманией происходит, как правило, за счет лиц, привлекаемых к уголовной ответственности, проходящих призывные комиссии, состоящих на профилактическом учете в ЛПУ в связи с употреблением наркотических веществ и лишь небольшой части при добровольном обращении за лечением и т.д. Наибольший удельный вес среди зарегистрированных больных, употребляющих наркотические вещества, занимают опиоиды.

Таблица 1

Динамика основных показателей болезненности и заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями за 2007-2012 годы

Основные показатели	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	По ЦФО
Болезненность (на 100 тыс. населения)							
-наркомания	202,6	216,4	223,0	220,1	228,1	235,8	175,9
-токсикомания	6,2	6,3	6,9	6,2	5,7	4,6	8,8
Заболеваемость (на 100 тыс. населения)							
-наркомания	17,6	16,1	16,0	12,6	20,0	18,1	13,9
-токсикомания	0,8	0,5	0,6	0,4	0,2	0,4	0,5

Значительную роль в профилактике и лечении наркоманий играет реабилитация, она позволяет значительно увеличить длительность ремиссий у больных. На сегодняшний день реабилитацию больные наркоманией проходят в отделении медико-социальной реабилитации наркологических больных МБУЗ ГО г. Воронеж ГКБ №18.

Данные отчетов показывают, что стационарное лечение проходят в основном больные хроническим

алкоголизмом – 75,6%. Стационарное лечение больных наркоманией составило – 5,7% (2011 г. – 7,5%). В 2012 г. на выделенных для лечения наркологических больных психиатрических и соматических койках в ЛПУ области наркологическими больными было проведено 85799 койко-дней (в 2011 г. – 79995 койко-дней). Среднее пребывание на койке по Воронежской области – 12,1. Показатель по ЦФО – 15,2, по РФ – 14,5.

Таблица 2

Динамика поступлений и продолжительности лечения больных опиоидной наркоманией в стационаре

Года	2010	2011	2012
Поступило, чел	280	211	196
Сред. пребыв. на койке, дней	8,7*	7,1*	4,6*
Койко-дни всего	2570	2240	2100
% выполнения плана загрузки отделения (n=10)	54,8	47,5	44,6

Примечание: (* – $p < 0,05$)

Детальный анализ динамики показателей за 2012 г. работы ведущего наркологического стационара г. Воронежа ВГКБ №18 показывает, что имеется тенденция к снижению всех показателей, причем как охваченности стационарной помощью на 30% по сравнению с 2010 г., так и снижение на 47% средней продолжительности пребывания в стационаре при этом среднее наполнение отделения составляет менее половины.

За первые полгода существования отделения медико-социальной реабилитации в ВГКБ №18 там было пролечено около 40 больных наркоманией, что составляет одну пятую (22%) от количества больных, поступивших в наркологическое отделение за тот же период времени (сентябрь 2012-февраль 2013 гг.). При этом динамика показателей койко-дней и длительности пребывания на койке различна, если за первые три месяца средняя продолжительность пребывания на койке составляла немногим ок. $5,54 \pm 0,33$ ($p < 0,05$) то в последующие три месяца среднее пребывание на койке составило $32,3 \pm 4,1$ дня, что может расцениваться как позитивный признак, направленный на улучшение качества лечения в соответствии со стандартами оказания наркологической помощи (средняя продолжительность первого этапа стационарного лечения до 1,5 месяцев). Однако дифференциальный анализ количества больных-реабилитантов с различной продолжительностью лечения показывает, что из общего числа больных ($n=40$) 40% имели продолжительность лечения около 10 дней, 7,5% менее 10 дней, четверть больных (26%) имели продолжительность лечения от 1,5 до 2 месяцев, и лишь менее трети (27,5%) имели длительность пребывания в реабилитационном отделении около 60 дней. Таким образом, менее 10% больных (7,3%) от пролеченных в стационаре за тот же период имели 2-х месячный срок реабилитации в стационаре, что, в

общем-то согласуется с данными литературы (от 1 до 10% больных выходят в ремиссию после лечения в стационаре). Однако при этом всё же следует заметить, что не все реабилитанты проходили стационарный этап детоксикации, только примерно треть из них, остальные или лечились до этого какое-то время (чаще в течение недели) амбулаторно или трезвились дома самостоятельно («сухая ломка»). Таким образом, доля больных, пролеченных в стационаре и вышедших в ремиссию может быть и того меньше, однако, в силу достаточно короткого периода наблюдений (6 месяцев) и налаживания работы реабилитационного отделения в связи с наркологическим стационаром эти данные не могут считаться полностью достоверными и требуют продолжения изучения.

Для решения вопроса, кем же все-таки были востребованы услуги реабилитационного отделения нами были проанализированы наркологические анамнезы реабилитантов. До поступления в реабилитационный центр все обследуемые лечились в специализированных стационарах. Неоднократное число поступлений (3-5 раз) имело место у 65,7% мужчин и 53,6% женщин, зависимых от наркотиков. Многократно (6-7 раз) лечились 10,3% мужчин и 27% женщин; 24% мужчин и 19,4% женщин прошли более 8 курсов лечения. Мужчины и женщины обращались за наркологической помощью почти одинаково часто. Соответственно, среднее количество госпитализаций у мужчин составляет $5,1 \pm 3,9$ раз, у женщин – $4,2 \pm 2,3$ раз.

Таблица 3

Временная динамика формирования опийной зависимости реабилитантов, прошедших 2 мес. курс реабилитации (n=11)

Факторы наркотического анамнеза	Среднее значение	Стандарт, отклонение	Миним. значение	Максим. значение	Кол-во случаев
Возраст на момент обследования	23,3*	3,05	17,0	31,00	11
Стаж наркотизации (лет)	5,3	3,08	1,0	16,0	11
Возраст начала употребления опия	18,4	2,45	13,0	23,0	11
Возраст эпизодического употребления опия ооопия-опия («маковые семечки, героин»)	19,9	3,37	12,0	27,0	7
Возраст первого обращения к наркологу	21,6	2,89	15,0	27,0	11
Число госпитализаций	5,1*	3,9	1,0	8,0	11
Длительность ремиссий (мес.)	24*	18	0	36	11

Примечание: * – уровень статистической значимости – $p < 0,001$

Таким образом, как следует из приведенных таблиц, низкий процент реабилитантов от всех больных опийной наркоманией, обратившихся в стационар, может быть вызван не только недостаточ-

ной эффективностью работы последнего, но и факторами прогредиентности наркомании, как то: длительность наркотизации и нелеченности её (позднее обращение к наркологу, как во второй группе реабилитантов), краткосрочность ремиссий и частое обращение за помощью (уровень статистической значимости – $p < 0,001$) (в большинстве случаев только за «детоксом»), что требует дальнейшего исследования.

Таблица 4

Временная динамика формирования опийной зависимости реабилитантов, прервавших (менее 10 дней) курс реабилитации (n=16, 14 мужчин и 2 женщины)

Факторы наркотического анамнеза	Среднее (муж.)	Среднее (жен.)	Стандарт, отклонение	Миним. значение	Максим. значение	Кол-во случаев
Возраст на момент обследования	23,0*	22,0	3,05	17,0	31,00	16
Начало употребления опия	19,7	17,0	2,45	13,0	23,0	16
Начало употребления др. ПАВ	14,0	17,0	3,37	12,0	27,0	16
Стаж наркотизации (лет)	10,5	7,1	2,89	15,0	27,0	16
Возраст 1-го обращения к наркологу	29,4	23,5	9,9	21,0	31,0	16
Число госпитализаций	7,5*	6,2	4,1	3,1	12,0	16
Длительность ремиссий (мес.)	7*	3,5	2,3	0,5	48	16

Примечание: * – уровень статистической значимости – $p < 0,001$

Выводы. Как было выявлено в процессе исследования, имеется недостаточность материально-технических и кадровых ресурсов в наркологии г. Воронежа (самая низкая обеспеченность стационарными наркологическими койками в ЦФО, сокращение и без того низкой продолжительности лечения в наркологическом стационаре, укомплектованность врачебными кадрами наркологов чуть более на половину от нормативов и пр.), что приводит к снижению доступности и охваченности государственными наркологическими услугами и, как следствие, недостаточным накоплением пула пролеченных больных, что сказывается на увеличении болезненности в целом и краткосрочности ремиссий у больных.

Выход в ремиссию может быть связан как с попаданием в поле зрения нарколога, обращаемостью за наркологической помощью, так и ее доступностью, в частности, наркологических коек в стационаре и в реабилитационном отделении.

В то же время, не выявлено прямой связи между длительностью и качеством ремиссий при наркоманиях с внешними факторами, такими, как количеством случаев пребывания в стационаре, а имеется, возможно, сочетанное комплексное взаимодействие внешних факторов организации системы здравоохранения с внутренними, эндогенными и психологиче-

скими механизмами самого заболевания наркомании.

Литература

1. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Ю.В. Валентик [и др.] // Наркология. – №1. – 2002. – С. 43–47.

2. Пятницкая, И.Н. Соотношение экзистенциальной позиции личности с терапевтическими ре-

миссиями при амбулаторной реабилитации наркотизирующихся подростков / И.Н. Пятницкая, А.Н. Яковлев // Наркология. – №2. – 2004. – С. 56–58.

3. Шабанов, П.Д. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. Учебник для мед. вузов-СПб / П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг, 2001. – 416 с.

4. Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков [Электронный ресурс] URL: <http://sfo.fskn.gov.ru/ob/91>

УДК: 616.314-018-073.4-8-078-08

РЕГИСТРАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ДЕНТИНА КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКЕ И С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ КОЛЕБАНИЙ

И.А.БЕЛЕНОВА, О.А.КРАСИЧКОВА, О.А.КУДРЯВЦЕВ

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, д.10, г.Воронеж

Аннотация: применение ультразвукового метода лечения в сочетании с общепринятыми методиками эндодонтического лечения способствует уменьшению количества рецидивов и сокращению сроков лечения, что дает высокий экономический эффект. Благодаря предложенному методу становится возможным успешно вылечить хронический гранулирующий периодонтит, а следовательно сохранить нужные для протезирования опорные зубы.

Ключевые слова: хронический гранулирующий периодонтит, бактериальная составляющая, ультразвуковая обработка корневых каналов.

RECORD OF CHANGES OF BACTERIAL COMPONENT DENTIN OF THE ROOT CANALS IN MEDICAMENTAL TREATMENT AND BY MEANS OF ULTRASONIC VIBRATIONS

I.A. BELENOVA, O.A. KRASIČKOVA, O.A. KUDRYAVTSEV

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy, Department of Therapeutic Dentistry

Abstract: the use of ultrasonic treatment combined with conventional endodontic treatment contributes to relapse incidence reduction as well as treatment time and provides for high economic impact. The proposed method allows to carry out effective chronic granulating periodontitis treatment and to preserve the prosthetic abutment teeth.

Key words: chronic granulating periodontitis, bacterial component, ultrasonic treatment of root canal

Арсенал способов терапии хронического периодонтита достаточно обширен и разнообразен, но неудовлетворенность качеством, сроками и отдаленными результатами лечения требует поиска новых методов.

Цель исследования – повышение эффективности лечения хронических форм периодонтита, которая направлена на решение задач по составлению комплексной методики лечения, включая ультразвуковую обработку корневых каналов. Применение ультразвукового метода лечения в сочетании с общепринятыми методиками эндодонтического лечения способствует уменьшению количества рецидивов и сокращению сроков лечения хронического периодонтита, что дает высокий экономический эффект.

Проблема ранней диагностики и комплексного

лечения хронических форм периодонтита остается актуальной в связи с его широкой распространенностью, многообразием клинических проявлений и высокой повторной обращаемостью.

Следует отметить, что существует большое количество различных методик лечения хронического периодонтита. Тем не менее, большинство из них находится на уровне теоретических исследований и имеет не высокую практическую ценность. Арсенал способов терапии хронического периодонтита достаточно обширен и разнообразен, но неудовлетворенность качеством, сроками и отдаленными результатами лечения требует поиска новых методов. Научные исследования велись в области совершенствования способов антибактериального воздействия на микрофлору корневого канала и возможности воз-