

Между динамикой ширины диапазона сердечно-дыхательного синхронизма и балльной оценкой степени тяжести простатита имела сильная прямая связь (коэффициент корреляции 0,82).

Между динамикой длительности развития сердечно-дыхательного синхронизма на минимальной границе диапазона синхронизации и балльной оценкой степени тяжести простатита была сильная обратная связь (коэффициент корреляции 0,84).

Между динамикой длительности развития сердечно-дыхательного синхронизма на максимальной границе диапазона синхронизации и балльной оценкой степени тяжести простатита наблюдалась сильная обратная связь (коэффициент корреляции 0,83).

Между динамикой длительности восстановления исходного ритма сердечбиений после прекращения пробы на минимальной границе диапазона сердечно-дыхательного синхронизма и балльной оценкой степени тяжести простатита имела место сильная обратная связь (коэффициент корреляции 0,86).

Между динамикой длительности восстановления исходного ритма сердечбиений после прекращения пробы на максимальной границе диапазона сердечно-дыхательного синхронизма и балльной оценкой степени тяжести простатита была сильная обратная связь (коэффициент корреляции 0,78).

Однако определить степень тяжести простатита при помощи пробы сердечно-дыхательного синхронизма предпочтительнее, чем по клиническому индексу.

Это обусловлено тем, что, во-первых, оценка при пробе объективна, а по клиническому индексу субъективна. Во-вторых, балльная шкала учитывает только боль, дизурию, качество жизни. В то время как проба сердечно-дыхательного синхронизма позволяет интегративно оценивать функционально-адаптационные возможности организма, так как в реализации сердечно-дыхательного синхронизма участвует каскад процессов в центральной нервной системе. Это восприятие зрительного сигнала (вспышки лампочки фотостимулятора), переработка и оценка частотной характеристики зрительного сигнала, формирование задачи произвольного управления частотой дыхания, воспроизведение частоты вспышек лампы в виде

произвольного управления частотой дыхания, включение межцентральных взаимодействий дыхательного и сердечного центров, синхронизация ритмов дыхательного и сердечного центров, передача сигналов в форме залпов импульсов по блуждающим нервам, взаимодействие сигналов с собственными ритмогенными структурами сердца, воспроизведение сердцем заданной произвольным дыханием частоты – развитие сердечно-дыхательного синхронизма [3].

Поступила 17.01.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Арнольди Э. К. Хронический простатит. М., 1999. 320 с.
2. Лоран О. Б., Сигал А. С. Система суммарной оценки симптомов при хроническом простатите // Урология. 2001. № 5. С. 16–19.
3. Покровский В. М., Абушкевич В. Г., Борисова И. И., Потягайло Е. Г., Похотыко А. Г., Хакон С. М., Харитонова Е. В. Сердечно-дыхательный синхронизм у человека // Физиология человека. 2002. Т. 28, № 6. С. 116–119.
4. Покровский В. М., Абушкевич В. Г. Проба сердечно-дыхательного синхронизма – метод оценки регуляторно-адаптивного статуса в клинике // Кубанский научный медицинский вестник. 2005. Т. 80–81, № 2–8. С. 98–103.
5. Суворов А. П., Суворов С. А. Простатит. Диагностика, профилактика и методы лечения. М., 2003. 192 с.
6. Тиктинский О. Л., Калинина С. Н. Заболевания предстательной железы. СПб, 2006. 464 с.
7. Щепелев П. А. Простатит. М., 2007. 222 с.

V. L. MEDVEDEV, A. G. PENZHOJAN,
V. V. VOLOSHIN, J. M. PEROV

TEST OF CARDIORESPIRATORY SYNCHRONISM IN THE STIMATION OF WEIGHT OF THE CHRONIC PROSTATITIS

Parametres of cardiorespiratory synchronism reflect prostatitis severity level. The width of a range of cardiorespiratory synchronism decreases, duration of development of synchronisation increases, duration of restoration of an initial rhythm of warm reductions increases from easy severity level to the heavy.

О. М. ПОКРОВСКАЯ

ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕНТАЛЬНЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ

*Кафедра факультетской хирургической стоматологии и имплантологии
Московского государственного медико-стоматологического университета*

Имплантаты находятся в постоянном контакте с различными жидкостями в полости рта (ротовой, десневой), пищей. Кроме того, ортопедическая конструкция на имплантатах является субстанцией накопления микробного налета, который, в свою очередь, может явиться источником развития воспалительной реакции в окружающей имплантат ткани [4, 1]. Поэтому качественно проведенная, профессиональ-

ная гигиена и использование современных средств индивидуальной гигиены по уходу за полостью рта в целом и за ортопедической конструкцией на имплантатах в частности является важной составляющей успеха и долгосрочности данного вида стоматологического лечения [5, 6].

Одним из направлений современной стоматологии являются разработка и внедрение аппаратных

средств индивидуальной гигиены полости рта. Однако данные об эффективности применения различных методов противоречивы, несистематизированы. Нет выработанного алгоритма гигиенического режима для пациентов с ортопедическими конструкциями на имплантатах. Все это диктует необходимость проведения научных исследований в этом направлении. **Целью исследования** явилось совершенствование комплекса гигиенических мероприятий полости рта для повышения эффективности лечения пациентов с частичным отсутствием зубов с использованием имплантатов. Задачей исследования ставилось обоснование применения наиболее эффективных средств индивидуальной гигиены для пациентов с дентальными имплантатами и подтверждение этого индексной оценкой.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 96 пациентов с включенными и концевыми дефектами зубного ряда, которым на базе МГМСУ было выполнено протезирование с опорой на дентальные имплантаты системы «ЛИКО». Исследование проводилось через 1, 6 и 12 месяцев после фиксации ортопедической конструкции. Тип фиксации не учитывался, объем прикрепленной десны в области имплантатов был достаточный, от 3 до 7 мм. В исследование были включены пациенты с частичной адентией с установленными несъемными ортопедическими конструкциями на имплантатах; состояние пародонта имеющихся зубов оценивалось как здоровое. На момент фиксации конструкции в области имеющихся зубов был определен уровень гигиены по индексу Approximal Plaque-Index (API) (D. E. Lange, H. Chr. Plagmann et al, 1977) [3, 8]. Согласно критериям оценки индекса API пациенты были разделены на две большие подгруппы: пациенты с достаточным (API=25–39%, n – 44) и удовлетворительным (API=40–69%, n – 52) уровнем гигиены зубов. Пациенты с оптимальным (API=<25%) и неудовлетворительным (API=70–100%) уровнем гигиены зубов были исключены ввиду их небольшого количества. В зависимости от применяемых средств индивидуальной гигиены полости рта пациенты с достаточным и удовлетворительным уровнем гигиены зубов были разделены на группы:

- контрольная группа – «зубная щетка» – в течение всего срока исследования пациенты использовали для очистки коронок на имплантатах только мануальную зубную щетку;

- 1-я группа – «зубная щетка + интердентальная щетка» – помимо мануальной зубной щетки назначался межзубной ершик, соответствующий размеру апроксимальных пространств ортопедической конструкции;

- 2-я группа – «зубная щетка + ирригатор» – назначался ирригатор для полости рта после чистки зубов щеткой два раза в день в течение 5–7 минут; мощность струи воды ирригатора WaterPik (Teledyne) соответствовала 3-му режиму, приближалась к максимальному значению, но должна была быть безболезненной для пациента;

- 3-я группа – «зубная щетка + интердентальная щетка + ирригатор» – помимо мануальной зубной щетки назначались межзубной ершик и ирригатор для полости рта. Количественное распределение пациентов представлено в таблице 1.

Все пациенты были обучены методу чистки зубов по Басс [7]. В целях достижения сопоставимых результатов пациенты пользовались одинаковой зубной пастой Colgate Herbal

(Colgate-Palmolive) и профилактической зубной щеткой средней степени жесткости Curaprox (Curaden) CS 820 «medium». Всем пациентам проводилась регулярная профессиональная гигиена в области зубов каждые 6 месяцев, в области имплантатов – каждые 3 месяца после фиксации конструкции согласно протоколу ведения пациентов с дентальными имплантатами [9, 10].

Индексная оценка количества налета в области несъемной конструкции на имплантатах проводилась с использованием модифицированного нами индекса гигиены имплантатов (ИГИМ). За основу разработанного индекса был взят упрощенный индекс гигиены полости рта (ИГР-У) (J. R. Vermillion, 1964) [2]. Индекс определялся по количеству налета на видимой трансгингивальной части абатмента и коронки независимо от типа соединения. Индекс гигиены имплантатов (ИГИМ) вычислялся по формуле: ИГИМ = ИМН + ИТН, где ИМН – индекс мягкого налета в области имплантатов; ИТН – индекс твердого налета в области имплантатов. После окрашивания налета в области имплантатов индикатором (индикационные таблетки Pargo) оценивали его количество и плотность: мягкий и твердый (классификация М. И. Грошикова, 1973 г.) [24]. Индексная оценка отложений проводилась визуально по 4-балльной шкале в соответствии с критериями: 0 баллов – отсутствие мягкого налета; 1 балл – прерывистые апроксимальные отложения мягкого налета на шейке искусственной коронки протеза; 2 балла – отложения мягкого налета, покрывающие шейку искусственной коронки протеза циркулярно; 3 балла – отложения мягкого налета, покрывающие шейку искусственной на 1/3 поверхности коронки протеза. Индекс налета оценивали на всех искусственных коронках с опорой на дентальные имплантаты и вычисляли по формуле.

$$\text{ИМН (ИТН)} = \frac{\sum \text{баллов}}{n},$$

где $\sum$ баллов – сумма баллов по критериям оценки; n – количество обследуемых коронок с опорой на имплантаты. Полученные отдельно значения индекса мягкого налета имплантатов (ИМН) и индекса твердого налета (ИТН) суммировались, вычислялся индекс гигиены имплантатов (ИГИМ). Интерпретацию индекса проводили по критериям: значение ИГИМ от 0 до 0,6 соответствует низкой оценке ИГИМ и оптимальной гигиене в области имплантатов; значение ИГСК от 0,7 до 1,6 соответствует средней оценке ИГИМ и достаточной гигиене; значение ИГИМ от 1,7 до 2,5 соответствует высокой оценке ИГИМ и удовлетворительной гигиене; значение ИГИМ >2,5 соответствует очень высокой оценке ИГИМ и неудовлетворительной гигиене.

Состояние десны в области имплантатов зубов оценивали на основании десневого индекса Gingival Index (GI) – Loe & Silness, 1963 г. Для определения индекса проводили пальпацию десны тупым инструментом и осторожное зондирование имплантодесневой борозды пластмассовым зондом. Оценка состояния десны проводилась по 4-балльной шкале в 4 точках имплантата в соответствии с критериями: 0 баллов – нормальная десна, нет воспаления, нет гиперемии; 1 балл – легкое воспаление десны – легкая гиперемия, легкий отек, нет кровоточивости; 2 балла – среднее воспаление – гиперемия, отек, кровоточивость при зондировании или пальпации; 3 балла – сильное воспаление – сильная гиперемия, отек, тенденция к спонтанному кровотечению.

Распределение пациентов по группам, n

Уровень гигиены зубов по индексу API	№ группы, количество пациентов (n)				Всего пациентов
Достаточный	Контрольная, n – 13	1-я, n – 13	2-я, n – 13	3-я, n – 13	52
Удовлетворительный	Контрольная, n – 11	1-я, n – 11	2-я, n – 11	3-я, n – 11	44

Таблица 2

Показатели индекса гигиены имплантатов (ИГИМ) у пациентов с достаточным и удовлетворительным уровнем гигиены зубов

Сроки Группы	1 месяц	6 меся- цев Δ	12 меся- цев Δ	1 месяц	6 меся- цев Δ	12 меся- цев Δ
Подгруппы по индексу API	Достаточная гигиена в области зубов (API=25–39%)			Удовлетворительная гигиена в области зубов (API=40–69%)		
Контр. группа	0,27±0,07	0,83±0,06	1,3±0,13	0,32±0,04	1,03±0,12	1,95±0,08
1-я гр.	0,25±0,06	0,58±0,06* 30%	1,03±0,06	0,48±0,11	0,83±0,08	1,48±0,11* 24%
2-я гр.	0,18±0,03	0,34±0,04* 49%	0,62±0,05* 52%	0,25±0,04	0,53±0,04* 49%	0,88±0,03* 55%
3-я гр.	0,2±0,03	0,27±0,04* 67%	0,58±0,04* 55%	0,22±0,05	0,47±0,04* 54%	0,78±0,06* 60%

Примечание: * – достоверно по сравнению с контролем при $p \leq 0,05$;

Δ – разница в % достоверных значений индекса по отношению к контролю.

Обследовалась десна в области всех коронок с опорой на имплантаты. Сумма оценок возле каждого имплантата складывалась, делилась на четыре (соответственно количеству оцениваемых участков), и выводилось значение индекса данного имплантата. После суммирования всех значений GI и деления на количество имплантатов получали среднее значение GI десны для данного пациента по формуле:

$$GI \text{ (индивидуума)} = \frac{\sum GI}{n}, \text{ где}$$

$\sum GI$ – сумма значений гингивального индекса в области всех имплантатов;

n – количество имплантатов у данного индивидуума.

Интерпретацию индекса проводили по аналогии с его интерпретацией при определении в области зубов: 0,1–1,0 – гингивит легкой степени тяжести; 1,1–2,0 – гингивит средней тяжести; 2,1 и выше – гингивит тяжелой степени тяжести.

Значения индексов ИГИМ и GI для каждого имплантата заносились в разработанную нами карту индексной оценки.

Полученные результаты обрабатывали в соответствии с принципами медицинской статистики с использованием пакета программ «Excel-7», «Statistica 5,0» с применением непараметрических методов анализа количественных характеристик. Качественные альтернативно варьирующие показатели оценивались с использованием точного метода Фишера, показателя χ^2 . Достоверными считались различия между группами при $P < 0,05$.

Результаты исследования

Динамика изменений показателей индекса гигиены имплантатов (ИГИМ) у пациентов с достаточным и удовлетворительным уровнем гигиены зубов в зависимости от набора средств индивидуальной гигиены

У пациентов со значением индекса API=25–39% всех четырех групп независимо от набора средств индивидуальной гигиены через 1 месяц после фиксации ортопедической конструкции уровень гигиены в области имплантатов определялся как оптимальный. На 2-м и 3-м сроках исследования

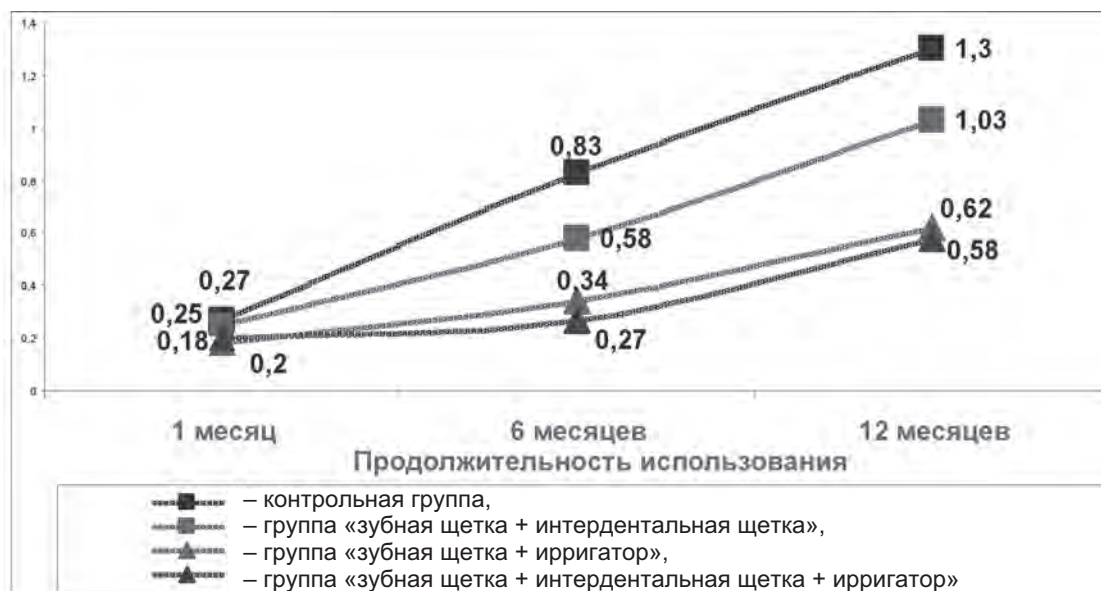


Рис. 1. Динамика изменения индекса гигиены имплантатов (ИГИМ) у пациентов с достаточным уровнем гигиены зубов

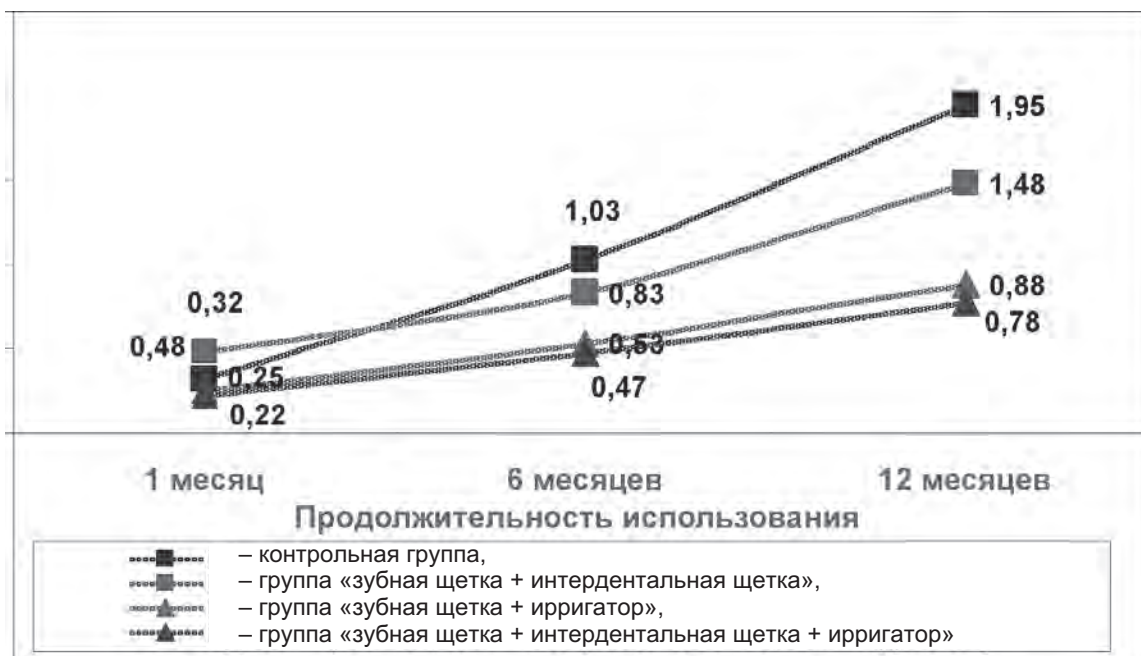


Рис. 2. Динамика изменения индекса гигиены имплантатов (ИГИМ) у пациентов с удовлетворительным уровнем гигиены в области зубов

мы наблюдали неодинаковое количество налета в придесневой области конструкции. Данные изменения индекса гигиены имплантатов у пациентов с достаточным уровнем гигиены зубов (ИГИМ) через 1 мес., 6 мес., 12 мес. представлены в таблице 1, на рисунке 1; ИГИМ у пациентов с удовлетворительным уровнем гигиены – в таблице 1, на рисунке 2.

Из данных рисунка 1 видно, что за год наблюдений ИГИМ у пациентов с API=25–39% в области зубов, в контрольной группе был выше, и в течение времени гигиена в области имплантатов ухудшалась; к концу исследования значение индекса до-

стигали $1,3 \pm 0,13$ балла. В то время как у пациентов во 2-й и 3-й группах индекс увеличивался, но незначительно и к концу исследования соответствовал низкому значению индекса и оптимальной гигиене имплантатов. Пациенты 1-й группы занимали промежуточное положение между контрольной, 2-й и 3-й группами, то есть имелось ухудшение гигиены в области имплантатов – более выраженное, чем во 2-й и 3-й группах, но менее выраженное, чем в контрольной группе. К концу исследования ИГИМ в 1-й группе достиг значения $1,03 \pm 0,06$ балла и определялся как средний, что соответствовало достаточной гигиене имплантатов.

Схожая тенденция была получена нами во второй подгруппе, у пациентов с удовлетворительной гигиеной зубов (API=40–69%).

Из данных таблицы 1 и показателей ИГИМ на рисунке 2 видно, что гигиена в области имплантатов была также различной в зависимости от используемых средств индивидуальной гигиены. Также как и у пациентов с достаточной гигиеной зубов, наибольшее значение ИГИМ определялось у пациентов контрольной группы. За период исследований индекс увеличился с $0,32 \pm 0,04$ до $1,96 \pm 0,08$ балла, и к концу исследования гигиена в области имплантатов интерпретировалась как удовлетворительная. У пациентов 2-й и 3-й групп через 12 месяцев средние значения индекса гигиены в области имплантатов были соответственно на 55% и 60% меньше, чем в группе контроля, и соответствовали достаточной гигиене имплантатов. В 1-й группе мы также определили увеличение значения индекса, меньше, чем в группе контроля, но больше, чем у пациентов, использующих ирригатор.

За весь период исследования мы наблюдали увеличение Gingival Index у пациентов всех групп с достаточной и удовлетворительной гигиеной зубов, но динамика была разной (табл. 2, рис. 3, рис. 4).

У пациентов с определенным ранее значением API=25–39% в группе контроля к концу срока наблюдений значение GI было $1,2 \pm 0,06$ балла и находилось в нижней границе его интерпретации как гингивита средней степени тяжести. Клинически в области имплантатов наблюдались незначительная гиперемия, точечное или линейное кровотечение десны. У пациентов 1-й группы, использующих для очистки конструкции мануальную зубную и интердентальную щетки, к концу срока исследования значение индекса увеличилось до $0,88 \pm 0,05$ балла, что соответствовало легкому гингивиту десны в области имплантатов, т. е. присутствовала

легкая гиперемия и отдельные точечные кровотечения десны в местах зондирования. Пациенты 2-й и 3-й групп, использующие ирригатор, на всех сроках исследования имели минимальные значения индекса, и значения индекса интерпретировались как «нормальная десна», т. е. каких-либо признаков гингивита зафиксировано не было. У пациентов 2-й и 3-й групп через 12 месяцев функционирования имплантатов значение GI не превышало 0,09 балла, что было на 94% ниже, чем у пациентов контрольной группы.

В контрольной группе значения GI у пациентов с удовлетворительным уровнем гигиены зубов в начале исследования были незначительными, однако к концу исследования достигли $1,5 \pm 0,05$ балла, что соответствовало гингивиту средней степени тяжести и сопровождалось легкой гиперемией и точечным кровотечением десны в области имплантатов. У пациентов 1-й группы в начале исследования также не обнаруживалось каких-либо признаков воспаления десны в области имплантатов, однако через 6 и 12 месяцев значения гингивального индекса в области имплантатов составили $0,45 \pm 0,05$ и $1,1 \pm 0,05$ балла соответственно. В целом у пациентов контрольной и 1-й групп, несмотря на регулярную профессиональную гигиену в области имплантатов, наблюдалось незначительное ухудшение состояния десны, соответствующее гингивиту средней степени тяжести. У пациентов 2-й и 3-й групп наблюдалось лучшее состояние десны в области имплантатов. Во 2-й группе через 12 месяцев состояние десны согласно интерпретации гингивального индекса определялось как «воспаления нет» и достоверно отличалось от группы контроля – на 94%. В 3-й группе мы наблюдали такую же картину.

Обсуждение

Проведенная индексная оценка позволила нам установить зависимость между уровнем гигиены зубов

Таблица 3

Показатели десневого индекса (GI) мягких тканей в области имплантатов у пациентов с достаточным и удовлетворительным уровнем гигиены зубов

Продол. использ. Группы	1 месяц	6 месяцев Δ	12 месяцев Δ	1 месяц	6 месяцев Δ	12 месяцев Δ
Разделение по индексу API	Достаточная гигиена в области зубов (API=25–39%)			Удовлетворительная гигиена в области зубов (API=40–69%)		
Контр. группа	$0,09 \pm 0,01$	$0,48 \pm 0,02$	$1,2 \pm 0,06$	$0,09 \pm 0,01$	$0,54 \pm 0,08$	$1,5 \pm 0,05$
1-я гр.	$0,072 \pm 0,003$	$0,36 \pm 0,01$	$0,88 \pm 0,05$	$0,08 \pm 0,007$	$0,45 \pm 0,05$	$1,1 \pm 0,05^*$ 26,6%
2-я гр.	$0,06 \pm 0,01$	$0,088 \pm 0,005$ 81,7%	$0,06 \pm 0,01^*$ 95%	$0,06 \pm 0,005$	$0,07 \pm 0,004^*$ 87%	$0,09 \pm 0,005^*$ 94%
3-я гр.	$0,06 \pm 0,02$	$0,07 \pm 0,01^*$ 85,4%	$0,092 \pm 0,003^*$ 92,3%	$0,06 \pm 0,003$	$0,06 \pm 0,003^*$ 89%	$0,08 \pm 0,006^*$ 94,7%

Примечание: * – достоверно по сравнению с контролем при $p \leq 0,05$;

Δ – разница в % достоверных значений индекса по отношению к контролю.

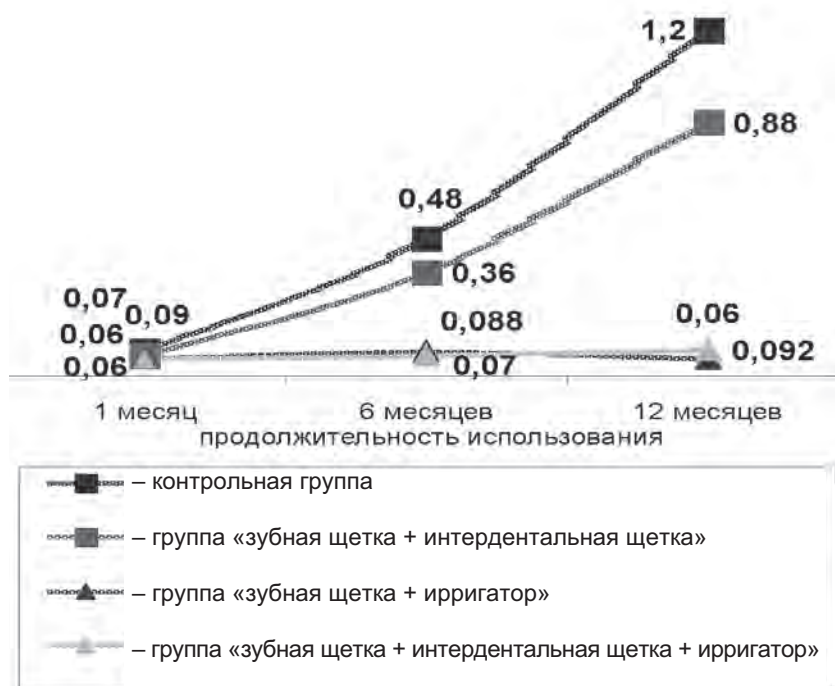


Рис. 3. Динамика значений десневого индекса (GI) мягких тканей в области имплантатов у пациентов с достаточным уровнем гигиены зубов

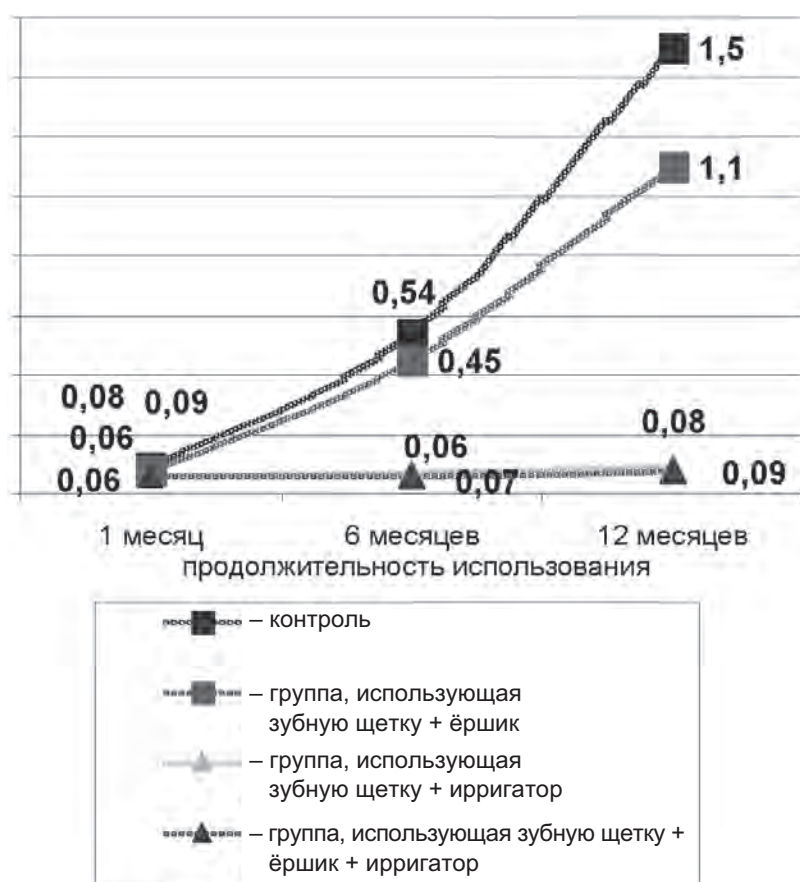


Рис. 4. Динамика значений десневого индекса (GI) мягких тканей в области имплантатов у пациентов с удовлетворительным уровнем гигиены зубов

и гигиеническим состоянием конструкции на имплантатах. Индексная оценка в области имплантатов показывает отсутствие воспаления десны тяжелой степени и

значительного накопления налета в области имплантатов в 1-й год их функционирования. Мы объясняем это, во-первых, регулярно проводимой профессиональной

гигиеной в области имплантатов и зубов, а во-вторых, индивидуальными гигиеническими мероприятиями, проводимыми самим пациентом [7]. Особенно эффективным оказалось включение в набор домашних средств по уходу за имплантатами ирригатора для полости рта. Интердентальная щетка была менее эффективна у пациентов, имеющих конструкцию с опорой на имплантаты. Мы связываем это с трудностью освоения пациентами методики чистки ершиком и, возможно, с неглубоким его вычищением поддесневой области имплантата. Как показали данные проведенной индексной оценки, вычищение конструкции только мануальной зубной щеткой не обеспечивает достаточной гигиены имплантатов. Применение ирригатора в дополнение к зубной щетке значительно повышает качество проводимой индивидуальной гигиены и обеспечивает здоровое состояние десен в области имплантатов. Дополнительное вычищение конструкции интердентальной щеткой помимо зубной щетки и ирригатора значимого эффекта не дало.

Выводы

1. Эффективность проведения индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с дентальными имплантатами зависит от используемых средств индивидуальной гигиены и от исходного уровня гигиены в области зубов.

2. Индексную оценку в области дентальных имплантатов рекомендуется проводить с помощью индексов ИГИМ, GI.

3. Использование мануальной зубной щетки в сочетании с ирригатором для полости рта является самым эффективным способом очищения несъемной конструкции с опорой на дентальные имплантаты.

Поступила 21.01.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Дудко А. С. Некоторые аспекты гигиенического ухода за зубными имплантатами // Новое в стоматологии. № 3. Том 63. 1998. С. 72–78.
2. Иванов С. Ю., Кузмина Э. М., Базилян Э. А., Гажва С. О., Чувицкий В. И., Большаков С. В. Гигиена полости рта при стоматологической имплантации. НГМА, Нижний Новгород. 2003. 38 с.

3. Курякина Н. В., Савельева Н. А. Стоматология профилактическая: Руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний. М.: «Медицинская книга», Н. Новгород, 2005. С. 283.

4. Мусин М. Н. Гигиена полости рта при протезировании с использованием имплантатов // Пародонтология. № 1. Том 15. С. 26–32.

5. Параскевич В. Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. Минск: ООО «Юнипресс». 2002. 364 с.

6. Робустова Т. Г. Имплантация зубов хирургические аспекты. М.: «Медицина». 2003. 557 с.

7. Becker W., Becker B., Newman M., Nyman S. Clinical and microbiologic findings that may contribute to dental implant failure. Int J Oral Maxillofac Implants. 1990, vol. 5, № 31–38. P. 5.

8. Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak, Tomas M. Hassell. Periodontology. Thieme Stuttgart, New York, 2002. 375 p.

9. Herbertus Spiekermann, Implantology, Color Atlas of Dental Medicine Implantology, Thieme Medical Publishers, New York. 1995. 388 p.

10. Misch C. Implant Dentistry, 2-nd edition // St. Louis Mosby Year Book. 1999. P. 684.

O. M. POKROVSKAYA

EFFECTIVENESS OF INSTRUMENTS INTENDED FOR INDIVIDUAL ORAL HYGIENE ASSESSED IN PATIENTS WITH DENTAL IMPLANTS

The aim of the study was to assess the effectiveness of instruments intended for individual oral hygiene in patients with dental implants. 96 patients were divided into great two groups divided by indices API and 4 small groups, used different hygienic instruments. Dental implant Hygiene Index and Gingival Index were used to assess oral hygiene 1, 6 and 12 months after an implant-based orthopedic construction was fixed. The effectiveness of individual oral hygiene in patients with dental implants depends on the teeth hygiene and the instruments used for that purpose, as our findings indicated. A manual tooth brush used in combination with an oral irrigator provides the best and most effective results in patients with dental implants.

К. И. ПОПАНДОПУЛО, В. Г. КУДРИНА, Н. В. КОРОЧАНСКАЯ

ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

МУЗ «Городская больница», г. Геленджик, Краснодарский край,

ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава»,

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Минздрава России»

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ), являясь одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения среди взрослого населения, остаётся важной социально-экономической проблемой большинства развитых стран [6]. В среднем около 10% взросло-

го населения земного шара страдает ЯБ, причем ею в 4 раза чаще болеют мужчины, чем женщины.

На диспансерном учете в России находится около 1 миллиона взрослых пациентов, что соответствует распространенности 9,14 на 1000 населения [13]. Реальная частота ЯБ в Европе, Северной Америке и России