

- и накоплен практический опыт реализации аккредитации стоматологических организаций и сертификации услуг, способствующие снижению стоматологической заболеваемости, улучшению качества и доступности стоматологической помощи.
2. Аккредитация и сертификация в сфере оказания стоматологической помощи в Кемеровской области обеспечивают полную и достоверную оценку деятельности учреждений стоматологического профиля, определяет факторы, влияющие на качество помощи на всех этапах её оказания, обосновывает профессиональные требования, выполнение которых обеспечивает это качество.
 3. Аккредитация и сертификация являются реальным механизмом получения информации о деятельности и конкурентоспособности стоматологических структур с учетом медико-технологических критериев, максимально обеспечивающих объективизацию результатов. Это в конечном итоге способствует достижению целей и задач аккредитации стоматологических организаций и сертификации их услуг — повышению качества стоматологической помощи населению путем внедрения единых требований и нормативов её оказания, а также комплексной клинико-экономической оценки результатов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Щепин, В.О. Диспансеризация населения в России /В.О. Щепин, О.Е. Петручук. — М., 2006. — 231 с.
2. Ларин, А.Б. Развитие нормативно-правовой базы лицензирования в сфере здравоохранения /А.Б. Ларин, Ю.А. Тюков //Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. — 2008. — № 4. — С. 20-25.
3. Филатов, В.Б. О подходах к структурно-функциональному анализу органов управления здравоохранения /В.Б. Филатов, К.В. Константинов //Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. — М., 2006. — Вып. 8. — С. 27-32.
4. Ковалев, Е.В. Роль медицинских технологий и стандартов в обеспечении качества медицинской помощи /Е.В. Ковалев //Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. — 2008. — № 4. — С. 3-5.
5. Николаев, К.В. Основы практического построения управленческого учета в стоматологической организации /К.В. Николаев //Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2008. — №1. — С. 80-85.
6. Кузнецов, В.В. Менеджмент стоматологической организации. Практический курс /В.В. Кузнецов. — М.: Медицинская книга, 2007. — 664 с.
7. Вагнер, В.Д. Нормативная база для аккредитации и лицензирования стоматологических учреждений /В.Д. Вагнер, М.В. Семернева, Е.А. Рогачкова //Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2004. — № 3. — С.16-17.
8. Стародубов, В.И. Обеспечение качества медицинской помощи — приоритет системы здравоохранения /В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, А.В. Короткова //Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению: Рос. науч.-практ. конф. — М., 2005. — Ч. I. — С. 4-10.
9. Стоматологическая заболеваемость населения России /пд ред. Э.М. Кузьминой. — М., 1999. — 228 с.
10. Стоматологическая заболеваемость населения России /Э.М. Кузьмина, И.Н. Кузьмина, С.А. Васина и др. — М., 2009. — 236 с.
11. Основные требования и критерии оценки деятельности государственных и негосударственных учреждений, предприятий и организаций различных форм собственности медицинского профиля: руководство /И.К. Алексеевский, Л.В. Антонова, И.А. Тё и др. — Кемерово: ИнСЭПЗ, 2004. — Т. 1. — 380 с.
12. Положение о системе аккредитации организаций и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, а также деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ на территории Кемеровской области /Г.Н. Царик, А.С. Юрьев, И.А. Тё и др. — М.-Кемерово: ИнСЭПЗ, 2005. — 9 с.
13. Правила функционирования системы добровольной сертификации в сфере общественного здоровья, здравоохранения, фармацевтики и социального развития /Г.Н. Царик, И.Ф. Серёгина, И.А. Тё и др. — Кемерово: ИнСЭПЗ, 2005. — 31 с.
14. Тё, И.А. Положение о системе управления обеспечением качества стоматологической помощи населению Кемеровской области /И.А. Тё, Е.А. Тё. — Кемерово, 2006. — 78 с.



Кирейчук В.П., Куприна И.В., Егорова Т.В.
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 МУЗ «Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 11»,
 г. Кемерово

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В СОВРЕМЕННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Болезни тканей пародонта являются одной из наиболее сложных проблем, что связано с трудоемкостью и низкой эффективностью лечения развившихся стадий заболевания. В настоящее время в стоматологии широкое распространение получили диодные лазеры. Наша работа была направлена на повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта с помощью фотодинамической терапии и лазерного скальпеля. При использовании ФДТ для лечения гингивитов и легкой степени пародонтита не требуется дополнительного включения в план фармакологического лечения, и этот метод может использоваться как монотерапия после профессиональной гигиены полости рта.

У пациентов, проходивших лечение по поводу пародонтита средней и тяжелой степени тяжести, сеансы ФДТ позволяют купировать местный воспалительный процесс в 2,5 раза быстрее, чем без ФДТ. После операций, выполненных с помощью лазера, у пациентов с патологией развития мягких тканей, которая усугубляла течение заболеваний тканей пародонта, отсутствуют болевой синдром, кровотечение, нет необходимости снятия швов, что в некоторых случаях выполняется под местным обезболиванием, и сроки нетрудоспособности больных сокращаются до одних суток. Разные методы применения диодных лазеров востребованы, доступны, просты и позволяют успешно справляться с заболеваниями, которые раньше считались практически неизлечимыми.

Ключевые слова: диодный лазер в стоматологии; лечение пародонтита; фотодинамическая терапия; лазерный скальпель.

Kireychuk V.P., Kouprina I.V., Egorova T.V.

Kemerovo State Medical Academy,
The City Clinical Dental Hospital N 11,
Kemerovo

INNOVATING THERAPIES OF PARODONTIUM TISSUES DISEASES IN MODERN AMBULATORY DENTISTRY

Parodontium tissues diseases is one of the most complicated problem conditioned by complexity and low effectiveness of the treatment at generalized stages. Nowadays diode lasers are widely spread in the dentistry. The objective of this research was to increase the effectiveness of the curing the inflammatory diseases in parodontium tissues with the help of photodynamic therapy and a surgical laser. The additional pharmacological treatment is not required by using PDT for gingivitis treatment and parodontium in its initial stage. This method can be used as a monotherapy after professional teeth and oral cavity hygiene. PDT sessions could stop the local inflammatory process in patients with parodontium of average and high severity 2,5 times faster than without PDT. After laser operations, patients with abnormal development of soft tissues (which presents anabasis of parodontium tissues) are lacking the pain syndrome, bleeding. There is no necessity to remove stitches, though in some cases it is performed under local anesthesia, and disability periods can be reduced to 24 hours. Various methods of diode laser applications are actual, available and plain, and allow to cope with the diseases considered incurable previously.

Key words: diode laser in dentistry; parodontium treatment; photodynamic therapy; surgical laser.

Альберт Эйнштейн еще в начале 18 века писал: «При определенных условиях может быть генерирован неизвестный ранее вид света, обладающий необычными свойствами. В отличие от обычного света, у него будет только один цвет, он не станет рассеиваться, и будет обладать исключительной интенсивностью». Генератор такого света впоследствии назвали «лазером». В 1964 г. изобретателям лазера была присуждена Нобелевская премия. Лауреатами стали американец Чарльз Таунс и два российских физика — Николай Басов и Александр Прохоров. В конце 60-х годов прошлого века у врачей появился новый инструмент, обладающий уникальными свойствами — луч лазера [1, 2].

Быстрое развитие лазерной технологии породило новые типы лазеров. В настоящее время широкое распространение получили диодные лазеры, которые работают в различных временных режимах (непрерывный, импульсный и импульсно-периодический). Расширился и выбор длин волн лазерного излучения. Длина волны лазерного излучения определяет глубину его проникновения в различные биоткани, что влияет на характер и результаты воздействия. Особенности каждого из типов лазеров и материала мишеней позволяют использовать их в различных медицинских процедурах [1-3].

Болезни тканей пародонта являются одной из наиболее сложных проблем в стоматологии, что связано с трудоемкостью и низкой эффективностью ле-

чения развившихся стадий заболевания. При планировании комплексного лечения пародонтита не следует ориентироваться на монотерапию. Лечение пародонтита должно быть комплексным и состоять из нескольких этапов. Оно должно включать в себя как терапевтические, хирургические, так и физиотерапевтические методы [4, 5].

Общезвестно, что лазерное излучение обладает широким спектром лечебного действия, которое вызывает выраженный противовоспалительный эффект, нормализует циркуляцию крови, понижает проницаемость сосудистых стенок, обладает фибринолитическими свойствами, стимулирует обмен веществ, регенерацию тканей, повышает содержание в них кислорода, ускоряет заживление ран, предотвращает образование грубых послеоперационных рубцов [3].

Разные методы применения диодных лазеров востребованы, доступны, просты и позволяют успешно справляться с заболеваниями, которые раньше считались практически неизлечимыми. Все это определяет актуальность его применения в современной стоматологии [5].

На основании вышесказанного нам представляется целесообразным применение лазерных технологий в комплексном лечении заболеваний тканей пародонта на амбулаторном поликлиническом приеме.

Цель работы — повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта с помощью лазерных технологий.

Задачи:

1. Применить метод фотодинамической терапии в комплексном лечении пациентов с воспалительными заболеваниями тканей пародонта.
2. Использовать хирургические методы устранения этиотропной патологии заболеваний тканей пародонта с помощью лазерного луча.

Корреспонденцию адресовать:

КУПРИНА Ирина Владимировна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
Тел.: дом. 8 (3842) 73-34-54, сот. +7-903-907-31-22.
E-mail: kivstom@mail.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе Городской клинической стоматологической поликлиники № 11 г. Кемерово в течение 2009 года пациентам с заболеваниями тканей пародонта проводилось комплексное лечение с применением современных лазерных технологий. Из общего числа больных (228 человек в возрасте 15-65 лет), которые прошли лазеролечение, в I группу были включены 85 пациентов, имеющих все формы гингивита и пародонтита легкой степени тяжести, им была проведена фотодинамическая терапия (ФДТ). В данной группе пациентов этот метод использовался как самостоятельная схема, без дополнительной фармакологической нагрузки после профессиональной гигиены полости рта.

При лечении методом ФДТ применялся аппарат лазера «АЛОД-01» и особый гель-фотосенсибилизатор 1 % «Фотодитазин», созданный на основе зеленой водоросли спирулины и представляющий собой концентрат растительного пигмента хлорофилла, который оказывает избирательное воздействие на патогенные бактерии. При этом, после воздействия светом лазера, происходила фотохимическая реакция, в ходе которой хлорофилл распадался, выделяя активный кислород, под воздействием которого патологические клетки и бактерии погибали.

Пациенты с пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести (143 человека) составили II группу. Им проводили комплексное лечение, которое включало консультации узких специалистов: терапевта, иммунолога, эндокринолога, ортодонта, стоматолога-ортопеда. При этом фармакологическая терапия состояла из назначения антисептиков, антибиотиков, поливитаминов. Всем пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта, обработку пародонтальных карманов системой «Vector» с дополнительным включением фотодинамической терапии.

По данным зарубежной и отечественной литературы, механизм воздействия света лазера и фотосенсибилизирующего геля оказывает выраженный эффект в отношении патогенной бактериальной флоры полости рта и не затрагивает нормальную микрофлору. Вследствие этого происходит восстановление физиологического равновесия между аэробной и анаэробной микрофлорой полости рта. После лазерного воздействия на десне формируется особая фотокоагуляционная пленка, которая, как биологическая повязка, предохраняет ткань от повторного внедрения болезнетворных бактерий и способствует закрытию пародонтальных карманов [1].

Из всех пациентов, находившихся под нашим наблюдением, 98-ми больным с анатомическими особенностями строения мягких тканей (сильные уздечки губ, мелкое преддверие полости рта, анкилоглоссия,

выраженные тяжи слизистой оболочки, приводящие к рецессии десны) требовалась хирургическая коррекция. В нашей практике операции выполнялись с использованием лазерного луча аппарата «Лами».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При лечении методом ФДТ сначала на десну пациента методом аппликации наносился гель фотосенсибилизатор из расчета 0,1 мл на 1 см² поверхности слизистой оболочки десны, который через 7-10 минут смывали водой и вводили волновод в десневую борозду или пародонтальный карман до 6 мм и обрабатывали, перемещая по ней в пределах одного зуба одной поверхности в течение 1 минуты. В пародонтальном кармане более 6 мм обработку проводили в течение 2 минут. Плотность энергии составляла 24 Дж/см², мощность на выходе — 0,2 Вт. Время экспозиции составляло в сумме 10-20 мин. Курс лечения — 4 сеанса.

У пациентов I группы выздоровление наступило в 97,5 % случаев. Больные, не окончившие курс лечения, составили 2,6 %.

Всем пациентам II группы, наряду с комплексной терапией, проводилась ФДТ по вышеупомянутой методике. При этом у 66,4 % лиц на вторые сутки отмечалось клиническое улучшение (уменьшение отека и кровоточивости десневого края, уменьшение отделяемого из пародонтального кармана). На 5-7 сутки слизистая оболочка десны имела розовый цвет, плотную консистенцию и при зондировании не кровоточила. У этих пациентов пародонтальные карманы в среднем уменьшились на 3-4 мм.

В отличие от этого, у больных, не получавших сеансы ФДТ, улучшение клинической картины наступало в среднем через 11-14 дней. Различия показателей между сравниваемыми группами достоверны ($p < 0,01$).

Пациентам с патологией развития мягких тканей, которая усугубляла течение заболеваний тканей пародонта, были выполнены операции (френулоэктомия, вестибулопластика, рассечение тяжей слизистой оболочки) с помощью лазерного луча. При использовании лазера разрез производили при мощности аппарата от 2,5 до 3,0 Вт в импульсно-периодическом режиме с длиной волны 380 нм.

Раневая реакция после применения лазерного луча представляет собой сложный многоэтапный процесс, в котором участвуют как местные, так и целые системы организма, причем биологическая сущность заживления сводится к восстановлению структуры и функции поврежденной ткани. Под воздействием высокой температуры происходит выжимание крови и тканевой жидкости из краев ткани и ее коагу-

Сведения об авторах:

КИРЕЙЧУК Валентина Петровна, канд. мед. наук, доцент кафедры детской стоматологии, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

КУПРИНА Ирина Владимировна, ассистент кафедры детской стоматологии, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

ЕГОРОВА Татьяна Викторовна, врач-стоматолог высшей категории, МУЗ «ГКСП № 11», г. Кемерово, Россия.

ляция. Образующаяся коагуляционная пленка, обладающая хорошей адгезией и плотностью, создает надежный «сварной шов», прочно удерживающий края «сваренных» тканей [4].

Критерием оценки эффективности использования хирургической лазерной технологии послужили субъективные и объективные данные.

При осмотре на следующие сутки клинически оценивали выраженность послеоперационного отека, болевого синдрома и состояние краев раны. Пациенты в $98,5 \pm 1,2$ % случаев жалоб на болевой синдром не предъявляли, общее самочувствие было удовлетворительным. Местно: послеоперационная рана была без признаков воспаления и покрыта коагуляционной пленкой. Лишь в одном случае у подростка наблюдался послеоперационный отек верхней губы и преддверия полости рта на верхней челюсти, не сопровождающийся болевым синдромом и нарушением общего самочувствия. Послеоперационная поверхность находилась под коагуляционной пленкой без явлений воспаления. Послеоперационный отек регрессировал через три дня без дополнительных методов лечения.

В послеоперационном периоде пациентам не назначали обезболивающих и противовоспалительных препаратов. На раневую поверхность было рекомендовано наложение кератопластических средств в виде мазей и гелей.

Из нашей практики известно, что у пациентов, которым выполняются операции с помощью скальпеля, на следующие сутки наблюдаются послеоперационный отек, подслизистые гематомы, требуются дополнительные посещения для снятия швов, тем самым, период их нетрудоспособности удлиняется до 6-7 дней. При снятии швов многим пациентам необходимо обезболивание. В отличие от этого, при применении лазерных технологий сроки нетрудоспособности наших пациентов были сокращены до суток.

ВЫВОДЫ:

1. При использовании ФДТ для лечения гингивитов и легкой степени пародонтита не требуется

дополнительного включения в план фармакологического лечения, и этот метод может использоваться как монотерапия после профессиональной гигиены полости рта.

2. У пациентов, проходивших лечение по поводу пародонтита средней и тяжелой степени тяжести, сеансы ФДТ позволяют купировать местный воспалительный процесс в 2,5 раза быстрее, чем без ФДТ.
3. После операций, выполненных с помощью лазера, у пациентов с патологией развития мягких тканей, которая усугубляла течение заболеваний тканей пародонта, отсутствуют болевой синдром, кровотечение, нет необходимости снятия швов, что в некоторых случаях выполняется под местным обезболиванием, и сроки нетрудоспособности больных сокращаются до одних суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение с помощью лазера — это исключительно перспективная область медицины, ее потенциал далеко не исчерпан, но для ряда процедур пока еще не выработано стандартных рекомендаций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лазерные технологии в стоматологии /Ю.А. Дорогокупля, И.Ф. Попкова, В.М. Гринин и др. //Стоматолог. — 2006. — № 5. — С. 13-20.
2. Рисованный, С.И. Лазерная стоматология /С.И. Рисованный, О.Н. Рисованная, В.И. Масычев. — Краснодар: Кубань-Книга, 2005. — 276 с.
3. Тарасенко, С.В. Клиническая эффективность хирургических лазерных технологий в пародонтологии /С.В. Тарасенко, Н.М. Лазарихина, И.В. Тарасенко //Кафедра. — 2007. — Т. 6, № 3. — С. 60-63.
4. Практическая терапевтическая стоматология: Учебное пособие /А.И. Николаев, Л.М. Цепов. — 7-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 928 с.
5. Терапевтическая стоматология: Учебное пособие /под ред. Л.А. Дмитриевой. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 896 с.