

ЛИТЕРАТУРА

1. Демина Н. А., Московец О. Н. Эмоционально-личностные особенности пациентов с альвеолитом // Клинические и теоретические аспекты боли: тезисы докладов Российской научно-практической конференции с международным участием. – М., 2001. – С. 121–129.
2. Ефремова И. Н. Физиологические критерии прогнозирования болевой чувствительности у пациентов на стоматологическом приеме // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: матер. 64-й итог. науч. конф. Вол ГМУ – Волгоград: изд-во Вол ГМУ, 2006. – С. 4–5.
3. Кузнецова А. С., Барабанщикова В. В., Злоказова Т. А. Эффективность психологических средств произвольной саморегуляции функционального состояния // Экспериментальная психология. – 2008. – № 1. – С. 102–130.
4. Лемберг И. А., Алимский А. В., Рабинович И. М. Мотивация к обращаемости населения за стоматологической помощью в частные структуры // Клиническая стоматология-2009. – № 1. – С. 74–77.
5. Максимовская Л. Н., Сагина О. В., Чайковский В. Б. Изучение мотивации обращаемости за стоматологической помощью работников железнодорожного транспорта (по результатам социологического исследования) // Институт стоматологии – СПб, 2008. – № 2 (39). – С. 27–28.
6. Максимовский Ю. М., Ларенцова Л. И. Диагностика эмоционального состояния пациентов – профилактика рисков в стоматологии // Маэстро стоматологии. – 2006. – № 22.
7. Московец О. В., Рабинович С. А., Кузьменко Д. Ю., Сухова Т. В., Гросицкая И. К. Клинико-психологическое обоснование применения безыгольного инъектора в работе врача-стоматолога общей практики // Клиническая стоматология. – 2008. – № 4 (48). – С. 66–69.
8. Одерышев Б. С. Методики измерения функционального состояния человека // Психические состояния. Экспериментальная и прикладная психология. – Л., 1987. – Вып. № 10. – С. 30–38.
9. Рабинович С. А., Кузьменко Д. Ю., Сухова Т. В., Московец О. В., Гросицкая И. К. Клинико-психологическое обоснование применения безыгольного инъектора в работе врача-стоматолога общей практики // Клиническая стоматология. – 2008. – № 4 (48). – С. 66–69.
10. Сосина Л. И. Клинико-терапевтические аспекты тревожных расстройств в стоматологической практике // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: сб. науч. раб. – Харьков: 1996. – Т. 3. – С. 346–347.
11. Чайковский В. Б. Совершенствование стоматологической помощи на железнодорожном транспорте // Бюллетень НИИ Национального общественного здоровья. – 2008. – Вып. № 4. – С. 113–116.
12. Чаплиева Е. М. Устойчивые психофизиологические характеристики лиц, имеющих низкий уровень мотивации к стоматологическим лечебно-профилактическим мероприятиям // Акт. вопр. эксперимент., клинич. и проф. стоматологии: сб. науч. тр. – Волгоград, 2008. – Вып. № 1. – Т. 65. – С. 245–249.
13. Чернавский А. Ф. Психофизиологические предпосылки проявления страха // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена: Аспирантские тетради. – 2007. – № 19. – С. 442–449.
14. Шлыков М. В., Ананьев В. А., Вагнер В. Д. Исследование эффективности распознавания врачами-стоматологами личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение // Институт стоматологии. – 2007. – № 3. – С. 32–33.
15. Шугайлов И. А., Московец О. Н., Мыльников А. В., Демина Н. А. Метод оценки компонентов болевого реагирования и автоматизированная система для их определения // Фармакология и клиника обезболивания: сб. науч. тр. – Новгород, 1989. – С. 45–47.

Поступила 03.09.2009

Т. Н. БОНДАРЕНКО¹, С. В. МЕЛЕХОВ²

КОМПЛЕКСНО-ФОРМАЛИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ПУЛЬПИТ В КОНТЕКСТЕ ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

¹Кафедра стоматологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Кубано-Набережная, 52/1, офис 5. E-mail: espero.tat@mail.ru;

²Кафедра терапевтической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Красноармейская, 60. E-mail: melikhov@mail.ru

Эффективность применяемых методов терапии пульпита значительно различается в исследовательских группах и связана с преобладанием в структуре осложнений изменений субъективного характера. Это заставляет дифференцированно подходить к оценке выбора тактики применяемых методов лечения пульпита с учетом групповых тенденций и различий.

Ключевые слова: пульпит, ситуационная тревожность, состояние пациента.

Т. Н. BONDARENKO¹, S. V. MELEKHOV²

INTEGRATED FORMALISED RATED DENTAL STATUS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH PULPITIS IN THE CONTEXT OF THE METHODS OF TREATMENT

¹Department of dentistry FEC and PPP Kuban State Medical University, Russia, 350063, Krasnodar, St. Kuban-Quay, 52/1, Office 5. E-mail: espero.tat@mail.ru;

²Department of therapeutic dentistry Kuban State Medical University, Russia, 350000, Krasnodar, St. Chervonoarmiyska, 60. E-mail: melikhov@mail.ru

The efficiency of the methods of therapy of pulpitis differs a lot in research groups. It is connected with predominance in structure of complications the changes of subjective character. It makes us to come differentially to the estimation of the choice of the tactics of methods of the treatment of pulpitis with registration of group tendencies and differences.

Key words: pulpitis, anxiety, the condition of the patient's situation.

Введение

В медицинской практике понятие «стоматологический статус пациента» на сегодняшний момент является не только формальной фиксацией данных конкретного заболевания. Стоматологический статус пациента с пульпитом нозологически обусловлен, связан с общим физиологическим и психологическим состоянием и может быть изменен путем медицинского вмешательства [3]. В массовых рандомизированных статистических исследованиях стоматологический статус на различных этапах терапии может являться динамическим критерием эффективности применяемых методов лечения [1, 4]. Ценность такого подхода заключается в выявлении связанных данных на любом этапе стоматологического лечения.

Отличительной чертой стоматологического статуса у пациентов с пульпитом среди субъективных признаков является преобладание жалоб на интенсивную боль, описываемую в литературе как «болевого синдром» [2]. Объективная часть клинической картины заболевания представлена наличием полости, дефекта пломбы, изменением цвета зуба и т. д. Для оценки эффективности применяемого метода терапии пульпита клиницистами используется совокупность объективных и субъективных характеристик, зачастую неравномерно представленных [5]. Анализ измеряемых характеристик позволяет выявить и объединить из множества значимых симптомов, обуславливающих клиническую картину пульпита, ряд устойчивых признаков в общий фактор. Содержательная часть такого фактора представлена часто встречающимися данными в структуре анамнеза заболевания и в процессе его излечения. Поэтому изучение факторных компонентов может использоваться при оценке результатов лечения пульпита в контексте субъективно-объективных параметров.

Целью настоящего исследования явилась оценка комплексно-формализованного статуса пациентов с диагнозом «пульпит» до и после проведения лечения.

Методика исследования

На базе КСП ККСЦ г. Краснодара было обследовано 115 пациентов. Число больных пульпитом из них составило 100 человек; кариесом – 15 (контрольная группа). В группе с диагнозом «пульпит» острый гнойный составил 2%, острый общий – 6%, хронический пульпит в стадии обострения – 41% и хронический простой (1 и 2 стадии) – 51%. У пациентов с кариесом средний кариес хронического течения наблюдался в 9 случаях (60%); рецидивный кариес – в 6 (40%). Массив результатов обследования пациентов обработан в критериях первичной статистики.

Результаты исследования

В группе с пульпитом гендерные соотношения распределились следующим образом: мужчин – 72%; женщин – 28%. Минимальный возраст пациентов составил 19 лет; максимальный возраст – 63 года; средний возраст пациентов – 38 лет. По возрасту пациенты распределились следующим образом: 17–30 лет – 49 человек

(49%), 31–40 лет – 18 человек (18%), 41–50 лет – 19 человек (19%); 51–60 лет – 12 человек (12%); 61–63 года – 2 человека (2%). Среднее значение КПУ составило 10,4. Гигиеническое состояние полости рта определяли с помощью индекса ОНП (ВОЗ). Среднее значение показателя индекса гигиены – 1,73; его минимальное значение составило 0,5; максимальное – 3,67.

Максимальный уровень распространенности пульпита выявлен в молодой возрастной группе в диапазоне от 21 до 39 лет, что составляет 63% от всех случаев. Минимальный уровень распространенности пульпита 19–20 (3%) и 50–63 года (15%). Это в значительной степени соответствует опубликованным среднестатистическим оценочным данным о состоянии стоматологического здоровья населения [2]. Первичное описание исходных данных из значений статистической совокупности выявило общие тенденции преобладания отдельных компонентов. В результате обследования выделена устойчивая группа клинических признаков, свидетельствующая о значительной длительности процесса на фоне выраженного болевого синдрома. Так, большинство пациентов (75–98%) предъявляют жалобы на нарастающую боль от средней (48%) до сильной (52%) степени выраженности. Боль возникает преимущественно в ночное время (76%), имеет периодический характер (79%), в 75% случаев болевой приступ провоцируется термическими, химическими и механическими раздражителями. Жалобы на наличие кариозной полости выявлено у 92% от общего числа обследованных.

Анамнез текущего заболевания выявил, что ранее зуб был однократно лечен по поводу кариеса и в 76% случаев это привело к рецидиву процесса. Время, прошедшее с предыдущего момента лечения, у 72% пациентов составило от 1 и более года.

Осмотр полости рта выявил наличие обширной кариозной полости большой глубины (68%), наличие сообщения с полостью зуба и жизнеспособной пульпы (92%). В результате инструментального осмотра причинного зуба определяется резкая боль при входе в полость зуба (92%), положительная тепловая и холодная термопробы (100%). В 82% случаев локализация болевых ощущений определялась пациентом в причинном зубе; 91% обследованных воспринимал боль как ноющую. Среди общих явлений в 92% случаев пациенты отмечали нарушение сна и в 100% – снижение работоспособности.

Изменение параметров стоматологического статуса в результате примененных методов лечения изучалось в 2 группах пациентов. Лечение пульпита в 2 посещения проводилось в 1-й группе, в количестве 30 человек; 2-я группа включала 70 человек, где лечение пульпита проводилось в 3 посещения. Различия в методах применяемого лечения состояло в использовании в 1-е посещение малоинвазивного подхода во 2-й группе.

В результате проведенной терапии пульпита эффективное лечение (отсутствие болей и отека, полноценное пломбирование корневых каналов, отсутствие

нарушения целостности реставрации) отмечалось в 98% случаев из общего числа пациентов с пульпитом. Однако структура наличия осложнений в обеих группах различалась. Так, развитие осложнений (появление реактивного отека, сопровождающегося болезненной перкуторной реакцией после пломбирования корневых каналов) наблюдалось в 2% случаев от общего числа, что составляет 3,33% в группе с лечением пульпита в 2 посещения и 1,99% в группе с лечением пульпита в 3 посещения. Субъективные изменения в процессе лечения – головная боль, нарушение сна, снижение работоспособности – отмечены в 12% случаев от общего числа пациентов. Это составляет для группы лечения пульпита в 2 посещения 23,33% и для группы лечения пульпита в 3 посещения 7,19%.

Обсуждение

На основании исследовательских данных можно сделать обобщенный «портрет» стоматологического статуса пациентов, обратившихся в клинику по поводу пульпита. Тенденция к высокой распространенности пульпита наблюдается в молодой возрастной группе мужского пола с достаточно выраженными средними значениями КПУ (10,4) и индексом ОНІ (ВОЗ) – 1,73. В структуре диагноза отмечается преобладание хронических форм пульпита простой формы и в стадии обострения. К отличительным особенностям можно отнести выраженный болевой синдром, снижение работоспособности, быстрое течение кариеса, наличие обширной полости в причинном зубе, отсутствие признаков своевременного лечения.

Эффективность применяемых методов терапии пульпита значительно различается в группах и связана с преобладанием в структуре осложнений изменений субъективного характера. Это заставляет дифференцированно подходить к оценке выбора тактики применяемых методов лечения с учетом групповых тенденций и различий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е. В. Как улучшить стоматологическое здоровье россиян? // Стоматология сегодня. – 2006. – № 6 (56). – С. 1–2.
2. Вишняков Н. И., Данилов Е. О., Прозорова Н. В. Изучение заболеваемости кариесом зубов по данным обращаемости населения за стоматологической помощью // Вестник Санкт-Петербургского университета. – Сер. 11. – 2007. – Вып. № 4. – С. 24–26.
3. Кузьменко Г. Г., Шипунов Д. А. Регулирование качества оказания медицинской помощи и качества предоставления медицинских услуг на региональном уровне // Науч. труды III Национального съезда по медицинскому праву. – М., 2007. – 87 с.
4. Сосина Л. И. Клинико-терапевтические аспекты тревожных расстройств в стоматологической практике // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: сб. науч. раб. – Харьков: 1996. – Т. 3. – С. 346–347.
5. Таиров В. В., Мелехов С. В., Евлевский А. А. Сравнительная характеристика современных препаратов для лечения пульпита методом витальной ампутации // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 3–4 (102–103). – С. 57.

Поступила 17.07.2009

Е. А. БРАГИН, М. В. ГОМАН

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИКИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И СПОСОБЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТОРОННИМИ ДИСТАЛЬНО-НЕОГРАНИЧЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДА

Кафедра ортопедической стоматологии

*ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: maxgoman@mail.ru*

Статья посвящена изучению биомеханики нижней челюсти при одностороннем дистально-неограниченном дефекте зубного ряда. Изменения в височно-нижнечелюстном суставе фиксировались с помощью аппарата Arcus Digma (Kavo). Анализ полученных данных показал разную величину смещения мышечного отростка при вертикальных и боковых движениях нижней челюсти. При рациональном лечении пациента симметричность движений нижней челюсти восстанавливается.

Ключевые слова: биомеханика нижней челюсти, мышелок нижней челюсти, односторонний дефект.

Ye. A. BRAGIN, M. B. GOMAN

FEATURES OF TEMPORO-MANDIBULAR JOINT BIOMECHANICS
AND WAYS OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS
WITH UNILATERAL DISTALLY UNLIMITED DEFECTS OF DENTITION

*Orthopedic Stomatology Department State Educational Establishment
of Higher Professional Training Stavropol State Medical Academ,
Russia, 355017, Stavropol city, Mira street, 310. E-mail: maxgoman@mail.ru*