6. *Hak A. E., Pols H. A., Visser T. J. et al.* Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam Study // Ann. intern. med. – 2000. – Vol. 132. № 4. – P. 270–278.

7. *Luboshitzky R., Herer P.* Cardiovascular risk factors in middle-aged women with subclinical hypothyroidism // Neuro. endocrinol. lett. – 2006. – Vol. 25. № 4. – P. 262–266.

8. *Vanderpump M. P., Tunbridge W. M.* Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism // Thyroid. – 2005. – № 12. – P. 839–847.

9. *Дедов И. И., Мельниченко Г. А.* Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2011. – 752 с.

10. *Fratolla A., Parati G., Cuspidi C. et al.* Prognostic value of 24-hour pressure variability // J. hypertens. – 1993. – № 11. – P. 1133–1137.

11. *Старкова Н. Т.* Клиническая эндокринология. – М.: Медицина, 1991. – 511 с.

12. *Asmah B. J., Wan Nazaimoon W. M., Nozarmi K. et al.* Plasma renin and aldosteron in thyroid disease // Horm metab. res. – 1997. – № 11. – P. 580–583.

13. *Селиванова Г. Б.* Особенности патогенеза, течения и фармакотерапии артериальной гипертензии при гипотиреозе и тиреотоксикозе: Дис. докт. мед. наук. – М., 2005. – 221 с.

14. *Mitrovic V., Patyna W., Schepper W.* Haemodynamic and neurohormonal effects of moxonidine in patients with essential hypertension // Cardiovasc. drugs ther. – 1991. – № 5. – P. 967–972.

15. *Reid J. L., Panfilov V., MacPhee G., Elliott H. L.* Clinical pharmacology of drugs acting on imidazoline and adrenergic receptors. Studies with clonidine, moxonidine, rilmenidine, and atenolol // Ann. NY Acad. sci. – 1995. – № 763. – P. 673–678.

16. *Hohage H., Hess K., Jahl C. et al.* Renal and blood pressure effects of moxonidine and clonidine in spontaneously hypertensive rats // Clin. nephrol. – 1997. – № 48. – P. 346–352.

17. *Окороков А. Н.* Диагностика болезней внутренних органов. – В 12 томах. Т. 2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний. – М.: Мед. лит., 2001. – 576 с.

18. *Чазова И. Е., Мычка В. Б.* Новые возможности в лечении больных с метаболическим синдромом (результаты исследования ALMAZ) // Системные гипертензии. – 2006. – Т. 8. № 2. – С. 12–18.

19. *Haenni A., Lithell H.* Moxonidine improves insulin sensitivity in insulin-resistant hypertensives // J. hypertens. – 1999. – Vol. 17. № 3. – P. 29–35.

Поступила 06.10.2011

Л. А. СКОРИКОВА, Н. В. ЛАПИНА

КОМПЛЕКСНОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: prst_23@mail.ru

Цель работы – повышение эффективности ортопедического лечения больных с заболеваниями пародонта. Основные этапы ортопедического лечения заболеваний пародонта: избирательное пришлифовывание зубов; временное шинирование; ортодонтическое лечение (по показаниям); применение постоянных шинирующих аппаратов и зубных протезов. Оно направлено на устранение травматической окклюзии и артикуляции, стабилизацию подвижных зубов и перераспределение жевательного давления путем шинирования, восстановление дефектов зубного ряда. Стоматологическое лечение заболеваний пародонта обязательно должно проводиться с использованием окклюзионных капп (терапевтическая, хирургическая санация, ортодонтическая подготовка, изготовление постоянных ортопедических конструкций).

Ключевые слова: заболевания пародонта, ортопедическое лечение, окклюзионные каппы.

L. A. SKORIKOVA, N. V. LAPINA

THE INTEGRATED ORTHOPAEDIC TREATMENT OF PATIENTS WITH PERIODONTIUM DISEASE

The department of propaedeutics and prevention of dental diseases
KSMA, Ministry of health and social development of Russian Federation,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. E-mail: prst_23@mail.ru

The purpose is to increase the effectiveness of orthopaedic treatment of patients with periodontal disease. The main stages of orthopedic treatment of periodontal disease are: selective teeth lapping; the temporary splinting; orthodontic treatment (that might be selected after checking some special indications), the application of permanent splinting devices and prostheses. It is aimed to eliminate traumatic occlusion and traumatic articulation, the stabilization of motile teeth and the redistribution of chewing pressure by splinting. It is also aimed to restore the dentition defects. The dental treatment of periodontal disease is supposed to be done with the using of occlusive teeth aligners for such procedures as therapeutic and surgical sanation, the orthodontic preparation and manufacturing the permanent prostheses.

Key words: periodontal disease, orthopedic treatment, occlusal teeth aligners.

Терапия заболеваний пародонта представляет определенные трудности. Лечение заболеваний пародонта может быть эффективным только при комплексном подходе, который включает в себя терапевтическое, хирургическое, физиотерапевтическое и ортопедическое лечение. Комплексный метод лечения предусматривает выявление этиологических факторов и четкое определение основных звеньев патогенетического механизма заболевания. Это необходимо для определения средств этиотропной и патогенетической терапии, а также для составления конкретного плана ведения больного. К комплексному лечению заболеваний пародонта можно отнести также иммунотерапевтические воздействия, методы, направленные на повышение уровня жизнедеятельности организма в целом, психоэмоционального состояния, улучшение социальных условий жизнедеятельности, лечение соматических заболеваний, способствующих развитию патологии пародонта. Стоит отметить, что лица с сопутствующими заболеваниями должны проходить стоматологическое лечение только в стадии ремиссии или медикаментозной компенсации.

Целью работы является повышение эффективности ортопедического лечения больных с заболеваниями пародонта.

Лечение заболеваний пародонта необходимо начинать с тщательного снятия зубных отложений. Важна также ликвидация местных факторов, способствующих накоплению зубного налета (придесневых кариозных полостей, невосстановленных межзубных контактов, нависающих краев пломб, глубоко продвинутых под десну краев искусственных коронок, коррекция анатомо-топографических особенностей зубов и челюстей, ортодонтическое лечение патологии прикуса, скученности зубов и т. д.) [1, 2].

Материалы и методы исследования

Для ортопедического лечения больных с заболеваниями пародонта используются различные съемные и несъемные, временные и постоянные конструкции лечебных аппаратов. Показание к ортопедическому лечению пародонтита обусловлено в первую очередь необходимостью иммобилизации подвижных зубов и перераспределения нагрузки на зубы с непораженным пародонтом или слизистую протезного ложа. Важнейшим моментом является устранение функциональной травматической перегрузки пародонта путем избирательного пришлифовывания [5], шинирования и рационального протезирования.

Следовательно, основными этапами ортопедического лечения заболеваний пародонта являются: избирательное пришлифовывание зубов; временное шинирование; ортодонтическое лечение (по показаниям); применение постоянных шинирующих аппаратов и зубных протезов [3, 4].

Основное значение ортопедического лечения заболеваний пародонта состоит в том, что оно: позволяет снять воспалительные явления; улучшает кровообращение; восстанавливает трофику тканей за счет устранения патологической подвижности; нормализует окклюзионное соотношение; снимает действие жевательного давления (функциональная терапия).

Правильно подобранный и проведенный комплекс ортопедических вмешательств, направленный не только на восстановление дефектов зубного ряда, но и надежную стабилизацию оставшихся зубов, способствует нормализации окклюзионных нагрузок, трофики пародонта и репаративных процессов в его тканях, повышая тем самым эффективность лечения заболеваний пародонта.

Результаты и их обсуждение

Независимо от формы и стадии патологии пародонта у 50 человек с частичным отсутствием зубов, взятых на лечение, местную терапию начинали с тщательного удаления зубных отложений и антисептической обработки десневого края. Затем устраняли явные преждевременные зубные контакты и накладывали разобщающие окклюзионные каппы. В дальнейшем хирургическая, терапевтическая санации и весь комплекс лечебных мероприятий у пародонтолога проходили под контролем окклюзионных капп (рис. 1).

Рис. 1. Пациент В., 30 лет. Локальный пародонтит. Окклюзионная каппа во фронтальном отделе

Окклюзионные каппы изготавливали при снятии функционально неполноценных ортопедических конструкций, при множественном удалении зубов, при длительном терапевтическом лечении с восстановлением целостности анатомической формы зуба и т. д. В среднем такими каппами больные пользовались 3–4 недели, на период лечения у пародонтолога. Ортопедические мероприятия (шинирование и изготовление шин-протезов) также осуществляли под контролем окклюзионных капп. В этом случае проводили перебазировку каппы для лучшей фиксации в полости рта. Завершали лечение рациональным протезированием. Планируя ортопедическую конструкцию, тщательно изучали рентгеновские снимки всех зубов.

По показаниям 32 пациентам были изготовлены пародонтальные шины из композиционных пломбировочных материалов. В качестве арматуры применяли волокнистые материалы Ribbond или GlasSpan и светоотверждаемые жидкотекучие композиты (рис. 2, 3).

Шинирующая конструкция на стекловолокне или полиамидной нити уменьшает подвижность зубов. Ее жесткость не дает зубам расшатываться, а значит, уменьшает вероятность выпадения зубов.

Благодаря шинированию мы имели возможность перераспределения нагрузки на весь укрепленный фрагмент зубного ряда. Чем больше здоровых зубов включено в иммобилизацию, тем более выраженной будет разгрузка подвижных зубов.

Мы применяли шинирование только во фронтальной группе зубов, т. к. иммобилизацию жевательной группы зубов при помощи стекловолоконных шин у лиц с сопутствующими заболеваниями считаем неактуальной, т. к., во-первых, при использовании пародонтальных шин требуется повышенная гигиена полости рта, а пациенты с сопутствующими заболеваниями в силу тяжести своего состояния могут не обращать особого

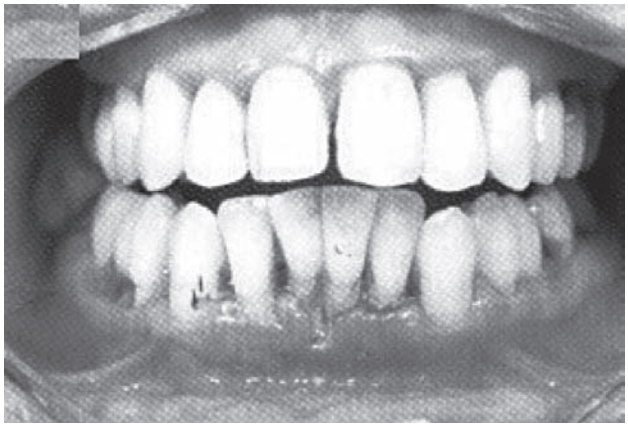
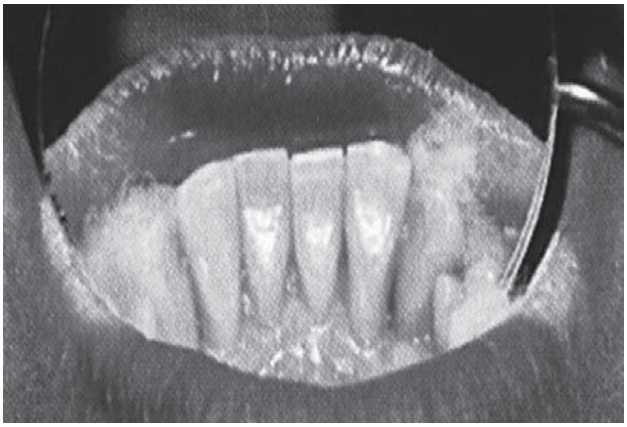

Рис. 2. Пациент К., 38 лет. Состояние фронтальной группы зубов перед шинированием

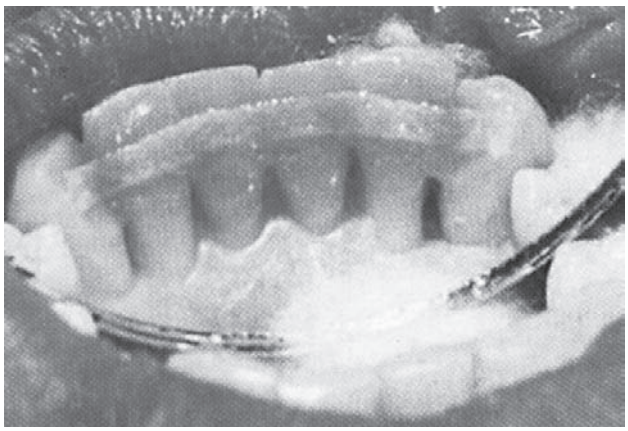
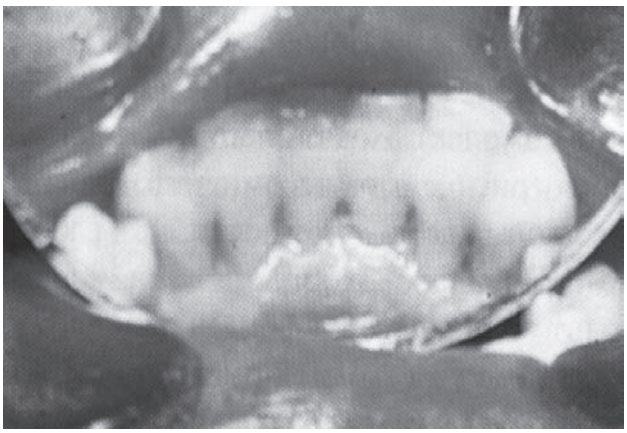

Рис. 3. Пациент К., 38 лет. Этапы проведения шинирования

внимания на эту проблему и, как правило, из-за этого не получают ожидаемого положительного результата от лечения. Во-вторых, из-за относительной хрупкости композиционных материалов возможны сколы на шинированных зубах, что со временем может привести к окклюзионным нарушениям.

Помимо шинирования всем пациентам с заболеваниями пародонта были изготовлены временные съемные зубодесневые окклюзионные шины, особенностью которых являлось перекрытие не только окклюзионной поверхности, но и десневого края на 1,5–2 мм (рис. 4).

Рис. 4. Временная зубодесневая окклюзионная шина на модели в период лечения у пародонтолога

Такие шины фиксируют высоту прикуса, восстанавливают как включенные, так и дистальные дефекты зубного ряда, частично перераспределяют жевательное давление, не требуют препарирования зубов и позволяют проводить одновременно окклюзионную коррекцию и лечение заболеваний пародонта путем вложения различных лекарственных препаратов.

После завершения пародонтологического лечения мы изготавливали постоянные бюгельные конструкции с использованием шинирующих элементов либо частичные съемные протезы (рис. 5). Зашинированные участки оставляли как постоянные шины, в зависимости от материальных возможностей пациента.

Таким образом, ортопедическое лечение больных с частичным отсутствием зубов при заболеваниях пародонта проводится комплексно и имеет свои особенности. Оно направлено на устранение травматической окклюзии и артикуляции, стабилизацию подвижных зубов и перераспределение жевательного давления путем шинирования, восстановления дефектов зубного ряда. Стоматологическое лечение заболеваний пародонта обязательно должно проводиться с использованием окклюзионных капп (терапевтическая, хирургическая санация, ортодонтическая подготовка, изготовление постоянных ортопедических конструкций).

Шинирование подвижных групп зубов рекомендуем проводить стоматологическими материалами Ribbond или GlasSpan. В качестве лечебных конструкций изготавливать зубонаддесневые окклюзионные каппы. В качестве постоянных конструкций использовать бюгельные шины или протезы с кламмерной системой фиксации.

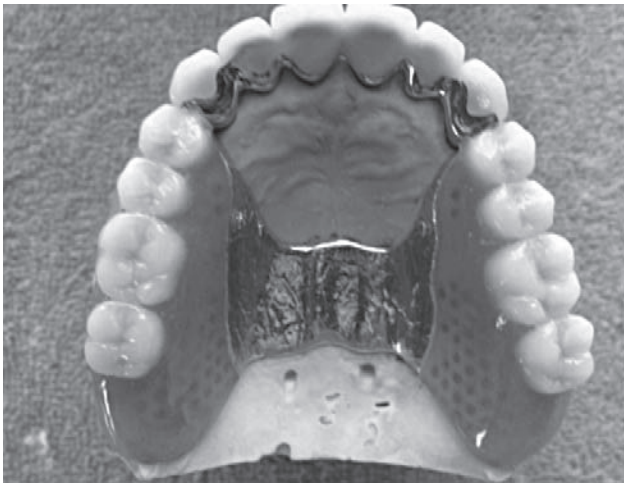

Рис. 5. Пациент А., 58 лет. Бюгельные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти

ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванов В. С.* Заболевания пародонта. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медиц. информ. агентство. – 1998. – 296 с.

2. *Лемецкая Т. И.* Этиология, патогенез, классификация заболеваний пародонта // Стоматология. – 1998. – С. 48–49.

3. *Попков В. Л.* Заболевания пародонта. Комплексное лечение и профилактика: Учебное пособие. – Краснодар, 2010. – 172 с.

4. *Сивовол С. М.* Клинические аспекты пародонтологии. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Триада-Х, 2001. – 168 с.

5. *Хватова В. А.* Избирательное сошлифовывание зубов // Новое в стоматологии. – 2000. – № 1. – С. 44–62.

Поступила 21.10.2011

Д. П. СОЛОДУХИНА[1], Л. Л. ЧЕРНЫХ[2]

УХОД КАК СУЩЕСТВЕННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

[1]Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России,
Россия, 305041, г. Курск, ул. Карла Маркса, 3;
[2]кафедра сестринского ухода, лечебно-диагностической деятельности в терапии
Курского базового медицинского колледжа,
Россия, 305000, г. Курск, ул. М. Горького, 15. E-mail: solodin_kursk@mail.ru

Статья представляет результаты социологического исследования родственников 200 лиц с хронической патологией, нуждающихся в уходе во время пребывания на стационарном лечении в отделениях терапевтического профиля городской и областной больниц, а также данные экспертной оценки их функционального статуса по шкалам Катца и Лоутона. Определены социальные характеристики и тяжесть состояния пациентов, степень их зависимости от посторонней помощи, частота получения ими амбулаторного, стационарного и санаторного лечения, намерения родственников больных обратиться за услугами сторонних лиц и организаций при краткосрочной и долгосрочной потребности в уходе. Разработаны рекомендации для оптимизации медико-социальной помощи лицам с хронической патологией, нуждающимся в квалифицированном сестринском уходе.

Ключевые слова: лица с хронической терапевтической патологией, потребность в уходе, оценка функционального статуса.

D. P. SOLODOUKHINA[1], L. L. CHERNIH[2]

NURSING CARE AS THE IMPORTANT COMPONENT OF MEDICAL SERVICE FOR PATIENTS IN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT

[1]Department of public health of state budgetary educational institution of higher professional training
«Kursk state medical university» of social development and health care ministry of Russia,
Russia, 305041, Kursk, Karl Marx str., 3;
[2]department of nursing care, medical-diagnostic work in therapy, Kursk basic medical college,
Russia, 305000, Kursk, M. Gorkiy str., 15. E-mail: solodin_kursk@mail.ru

УДК 614-08:615.851.859