

стоматологии заключается в обеспечении своевременной лечебно-профилактической помощи. Предупреждение и лечение стоматологических заболеваний у школьников способствует улучшению стоматологического здоровья взрослых, снижению потребности в квалифицированной стоматологической помощи.

Экономическая эффективность работы школьных стоматологических кабинетов (ЭЭ):

$$ЭЭ = \frac{\text{Стоимость процедуры} \times \text{число детей}}{\text{Средний КПУ предупрежденного кариеса} \times \text{число детей} \times \text{время}}$$

Экономическая выгода (ЭВ) рассчитывается нахождением разницы между затраченными средствами на программу профилактики и ожидаемой стоимостью лечения (СЛ): ЭВ = ЭЭ – СЛ

Профилактика стоматологических заболеваний и лечение неосложненного кариеса, которые проводятся в школьных стоматологических кабинетах, дешевле, чем лечение осложнений, удаление и протезирование дефектов зубов и зубных рядов, ортодонтическое лечение и имплантология. Стоимость лечения одного зуба по поводу кариеса в 5-7 раз меньше, чем стоимость лечения осложнения (пульпита или периодонтита). Для выполнения программы профилактики дополнительного персонала не требуется. Стоматологическое лечение проводится с минимальными потерями учебного и свободного времени ребенка. Родители не тратят ни денег, ни своего рабочего времени на организацию стоматологического лечения ребенка. Попытки заменить школьную стоматологическую службу осмотрами и направлениями детей на лечение в стоматологические поликлиники не дает результата, так как, по данным специалистов, лишь 30–40% школьников выполняют рекомендации и посещают стоматологические поликлиники, да и то, как правило, по острой боли.

Литература

1. Галиуллин А.Н. Распространенные стоматологические заболевания детского населения и основные пути совершенствования управления их профилактикой: Авторефер. дис... д-ра мед. наук – М., 1991 – 46 с
2. Морозова Н.В., Васманова Е.В. // Детская стоматология. – 1998. – Ч. I, №1. – С. 11–15. // 1999. – Ч. II, №2. – С. 4–8.
3. Хамадеева А.М. Оценка готовности населения и системы здравоохранения к реализации программ профилактики в области стоматологии: Автореф. дис. ... д-ра м.н. – Самара, 2000. – 38 с.
4. Улитовский С.Б. // Новое в стоматол. – 2002. – №2. – С. 32.
5. Приказы Министерства Здравоохранения № 639/271 от 11.08.1988; и № 289 от 14.04. 2006 г.

УДК: 612.819.5

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ СТОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПРИ ПОВТОРНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЗУБОВ

В.Н. КАЛАШНИКОВ, С.Ю. МАКСЮКОВ, М.К. ЛУКЪЯНЧИКОВ*

Ключевые слова: болевой стоматоневрологический синдром

Причиной одонтогенной невралгии тройничного нерва с упорным течением, являются некачественно изготовленные зубные протезы, травмирующие слизистую оболочку рта или нарушающие высоту прикуса [1]. При таких обстоятельствах течение одонтогенных поражений тройничного нерва отличается выраженностью болевого и вегетативного компонента, что требует повторного ортопедического вмешательства. Особенностью одонтогенных невралгий является то, что они могут длительно продолжаться и после ликвидации дефекта протезирования, что затрудняет оценку эффективности повторного протезирования [2]. Поэтому важно при исправлении дефектов первичного протезирования в сжатые сроки купировать болевой приступ.

Цель исследования – разработка эффективных способов лечения одонтогенной невралгии тройничного нерва при устранении дефектов первичного протезирования.

Материал и методы. В основу работы положены результаты лечения стоматоневрологических синдромов как следствие дефектов первичного протезирования у 49 человек. Мужчин было 16 человек (32,6%), женщин – 33 (67,3%). Возраст больных составил 44,7±5,8 лет. У обследованных имели место 38 несъемных одиночных и групповых искусственных коронок и 11 мостовидных конструкций. Все изученные зубные протезы имели

декоративную керамическую облицовку и каркасы из диоксида циркония или золото-платинового сплава, кобальто-хромового сплава. Одонтогенные невралгии проявлялись болями в зонах иннервации II и III ветвей тройничного нерва в зависимости от локализации протеза. Одонтогенная невралгия тройничного нерва у пациентов имела локализацию: левостороннюю – 32 (65,3%), правостороннюю – 16 (32,6%), двухстороннюю – 1 (2%).

Все пациенты в зависимости от организации лечения были разделены на две группы – основную и контрольную. В основную группу объединили 25 человек, которым осуществляли фармакопунктуру ультракаином, дипроспаном и α-липовой кислотой в зоны иннервации II и III ветвей тройничного нерва. 24 пациента составили контрольную группу, которым лечение проводили по стандартной схеме – комбинация анальгетиков и антигистаминных средств, антидепрессанты. Фармакопунктуру лекарственных веществ в области проекции II либо III ветвей тройничного нерва в зависимости от локализации боли осуществляли индикацию биоктивных точек с помощью аппарата по величине электропроводности каждой точки. Выбирали точки, показатели электропроводности которых отличались по своим значениям, а также по асимметрии этих величин справа и слева.

Для проведения фармакопунктуры использовали карпульный шприц (Aspiration Syringe Type C-1,8 с производства США, фирмы Super-Dent®) и одноразовые инъекционные иглы. Перед процедурой из карпулы с раствором ультракаина D-S производили отбор 1 мл в шприц однократного применения. В эту же карпулу перемещали 1 мл дипроспана. Этой смесью производили процедуру фармакопунктуры. У больных за счет применения стерильных игл однократного применения 30 Г максимально снижались болевые ощущения в момент проведения процедуры. Использовались карпулы объемом 1,7 мл. Применение смеси дипроспана и ультракаина способствовало быстрому (за счет ультракаина) наступлению обезболивающего эффекта и пролонгированию его действия за счет дипроспана. Дипроспан – глюкокортикостероидный препарат для внутримышечных, внутри- и околоуставных, внутрисиновиальных и внутрикожных инъекций. 1 мл раствора для инъекций содержит бетаметазона 2 мг (в форме динатрия фосфата) и бетаметазона 5 мг, обладает противовоспалительным, противоотечным, обезболивающим и противоаллергическим действием [3]. Фармакопунктуру делали в 2-3 болевых точки по 0,5 мл в каждую (в сумме 1,5 мл). Далее в те же точки ежедневно 6-кратно вводили с ультракаином α-липовую кислоту, механизм действия которой заключается в подавлении оксидативного стресса. Механизм действия α-липовой (тиоктовой) кислоты основан на способности «улавливать» свободные радикалы, восстанавливать синтез АТФ, уменьшая дефицит энергии в тканях. Тиоктовая кислота улучшает усвоение глюкозы и восстановление энергетического баланса в нерве, благотворно влияя на обмен миелина, способствуя регенерации миелиновой оболочки нерва [4]. Курс фармакопунктуры включал 7 сеансов.

При оценке интенсивности и особенностей болевого синдрома применяли визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) и шкалу боли по Р.Мелзау (1981). По ВАШ пациенту предлагали оценить интенсивность боли, отметив точку на 10-сантиметровой шкале, левый край которой соответствует определению «Боли нет», а правый – «Боль нестерпима». Результатом теста считали расстояние от левого края шкалы до поставленной пациентом точки, выраженное в сантиметрах или миллиметрах (либо в баллах – от 0 до 10). Опросник Р.Мелзака содержал 78 наиболее употребляемых слов, описывающих боль, которые были распределены по двадцати классам, по нарастанию смыслового значения. Первый класс (1–13) помогал дать характеристику на сенсорном оценочном уровне, второй класс (14–18) – на эмоциональном аффектном уровне, третий класс (19–20-й) – определить ее силу. Для измерения порога боли в области лица и головы использована тензоалгометрия, когда значение порога боли выражали в единицах силы давления (кг), отнесенной к единице площади (см²). В работе исследованные величины были представлены в виде выборочно-го среднего значения и стандартной ошибки средней величины. При проверке статистических гипотез нулевую гипотезу отбрасывали при уровне значимости <0,05. Все статистические процедуры проводили по программе «Statistica 6.0» (StatSoft).

Результаты. У больных суммарный балл по шкале Р.Мелзака составлял в основной группе – 22,2±1,4, а в контрольной группе – 23,1±1,8 баллов. Болевые ощущения (сильные и

* Ростовский ГМУ Ростов-на-Дону, 344718, пер. Нахичеванский, 29

очень сильные) у пациентов длились минуты, частото (10-15 раз в сутки. Из сенсорных характеристик боли больные выбирали такие определения, как «пронзающая», «похожая на удар током», «резкая», «стреляющая». Больные основной группы после первой процедуры отмечали хороший обезболивающий эффект, исчезновение или уменьшение спонтанных болей в покое сразу после процедуры и их уменьшение или исчезновение на следующий день. В контроле значительное уменьшение болевого синдрома происходило на 5-7-е сутки лечения.

Таблица 1

Характеристики болевого синдрома у больных с одонтогенной невралгией тройничного нерва

Показатели	Исходно	3 сутки	7 сутки
Основная группа			
Самооценка боли по ВАШ, баллы	5,6±0,5	1,2±0,2**	0,2±0,01**
Количество слов по оценочной шкале	10,5±0,9	2,1±0,4**	0,4±0,2**
Количество слов по аффективной шкале	8,3±1,1	1,1±0,3**	0,5±0,1**
Количество слов по шкале силы боли	3,4±0,3	0,6±0,02**	0,1±0,04**
Общее число слов по шкале Р.Мелзака	22,2±1,4	3,8±0,9**	1,0±0,1**
Контрольная группа			
Самооценка боли по ВАШ, баллы	5,9±0,3	2,9±0,3*	1,8±0,05*
Количество слов по оценочной шкале	11,4±0,6	5,5±0,6*	2,3±0,4*
Количество слов по аффективной шкале	8,1±0,8	3,3±0,2*	1,9±0,3*
Количество слов по шкале силы боли	3,6±0,2	1,4±0,04*	1,1±0,07*
Общее число слов по шкале Р.Мелзака	23,1±1,8	10,2±0,7*	5,3±1,0*

Примечание: здесь и далее: * – достоверные отличия показателей по сравнению с исходными величинами при $p < 0,05$; ** – достоверные отличия между показателями в основной и контрольной группе при $p < 0,05$.

На фоне лечения на 3 сутки у больных основной группы самооценка боли по ВАШ снизилась на 78,6% ($p < 0,05$), а к окончанию курса лечения – на 96,4% ($p < 0,05$) (табл.1). У больных контрольной группы самооценка боли снижалась меньше: на 3 сутки лечения – на 50,8% ($p < 0,05$), на 7 сутки – на 69,5% ($p < 0,05$). Суммарно индекс боли по шкале Р.Мелзака в течение первой недели лечения уменьшился с 22,2±1,4 до 1,0±0,1 баллов в основной группе и с 23,1±1,8 баллов до 5,3±1,0 – в контроле. В основной группе ранговый индекс оценочной шкалы снизился в течение 7 сеансов на 96,2%, аффективной шкалы – на 93,9%, а по шкале интенсивности боли – на 97%. В контроле ранговый индекс через 7 дней лечения снизился, соответственно, по оценочной, аффективной и силовой шкале на 79,8%, 76,5% и 69,4%. У пациентов основной группы через 3 дня лечения частота пароксизмов за сутки уменьшилась с 14,2±2,1 до 2,6±1,2, а в контроле – с 13,9±2,4 до 6,9±1,5. Длительность одного пароксизма у больных основной группы через 3 дня лечения уменьшилась с 3,4±0,9 мин. до 1,1±0,2 мин., а в контроле с 3,9±0,6 до 2,2±0,3 мин.

У больных основной группы редукция болевого синдрома более выражена и происходила более сжато с большей интенсивностью по сравнению с контролем, а наибольшие изменения затронули шкалы оценки боли, что говорит о спаде напряжения в психоэмоциональном состоянии пациентов и о высокой субъективной оценке эффективности лечения (табл.2).

Таблица 2

Характеристики болевой чувствительности в челюстно-лицевой области у больных с одонтогенной невралгией тройничного нерва

Порог болевой чувствительности	Исходно	3 сутки	7 сутки
Основная группа			
В области края нижней губы, на стороне поражения, кг/см ²	0,8±0,06	1,6±0,08**	1,9±0,07**
В проекции краниальных швов височной кости, кг/см ²	1,2±0,04	1,8±0,05**	2,5±0,08**
Контрольная группа			
В области края нижней губы, на стороне поражения, кг/см ²	0,9±0,05	1,2±0,05*	1,4±0,04*
В проекции краниальных швов височной кости, кг/см ²	1,3±0,07	1,5±0,04*	1,6±0,06*

При лечении порог болевой чувствительности в области края нижней губы и в проекции краниальных швов височной кости прирастал в двух группах, что говорило об уменьшении возбудимости болевых рецепторов, снижении числа и интенсивности влияния ноцицептивных факторов. Но в основной группе прирост порога болевой чувствительности выражен сильнее. На 3 сутки лечения у лиц основной группы порог болевой чувствительности в области края нижней губы вырос в 2 раза ($p < 0,05$), на 7 сутки – в 2,4 раза, а в контроле – на 33,3% и 55,5%, соответственно. Динамика порога в проекции краниальных швов височной кости в обеих группах имела те же тенденции изменения.

Результаты фармакопунктуры, то есть введения лекарственных средств в область акупунктурных точек либо в проекционные зоны патологии, превышают простую сумму рефлекторного и медикаментозного эффектов [5]. Частая встречаемость терапевтической псевдорезистентности при лечении одонтогенной невралгии тройничного нерва обуславливает интерес к фармакопунктуре как способу, позволяющему снизить устойчивость прозопалий к лекарственному купированию. В основной группе болевой синдром был купирован у 100% больных в течение первых 2 дней от начала сеансов фармакопунктуры. В контроле редукция болевого синдрома была достигнута на 5-7 сутки лечения. После купирования болевого синдрома больными обеих групп производили устранение дефектов первичного протезирования. После повторного протезирования в основной группе рецидив одонтогенной невралгии был выявлен только у 1 больной, а в контроле – у 7. Анализ данных табл.3 показал, что величина относительного риска рецидива стоматоневрологического осложнения была < 1 и можно говорить о снижении вероятности развития неврогенных прозопалий при использовании фармакопунктуры ультракаином, дипроспаном и α -липовой кислотой.

Относительный риск развития рецидива одонтогенной невралгии – 0,14, снижение этого риска – %86,3, отношение шансов развития рецидива – 0,1. Риск рецидива одонтогенной невралгии при повторном протезировании был выше на 86,3% в контроле при стандартном лечении в отличие от фармакопунктуры.

Выводы. Фармакопунктура ультракаином, дипроспаном и α -кислотой в проекционных зонах тройничного нерва у больных при одонтогенной невралгии из-за дефектов первичного протезирования является эффективным методом лечения, позволяющим быстро купировать болевой синдром и снизить риск рецидива неврогенной прозопалии при повторном протезировании зубов.

Литература

1. Грачев Ю., Шмырев В. // Леч. врач. – 2008. – №8. – С.34–39.
2. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М.Вейна. – М., 2001.
3. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. – М., 2000.
4. Аметов А.С. // Трудный пациент. – 2006. – №4. – С.2–4.
5. Агазаров Л.Г. Фармакопунктура. – М., 2002.

УДК: 616. 98: 578-097-053.31-056.5

СОТНОШЕНИЕ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРотКЕ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ДНК-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

А.К. МАКСУТОВА, Е.Н. САМСОНОВА, Т.В. БЕЛОУСОВА*

Рассмотрены особенности иммунологической диагностики и частота подтверждения клинического диагноза у новорожденных детей с врожденными инфекциями в сыворотке у детей с генерализованной внутриутробной ДНК-вирусной инфекцией.

Ключевые слова: герпесвирусная и цитомегаловирусная инфекция

Внутриутробные инфекции и неонатальный сепсис являются наиболее актуальными и дискуссионными проблемами современной неонатологии. Множество вопросов в их диагностике и лечении возникают при использовании молекулярно-биологических и генных технологий, способствующих возросшей выявляемости внутриутробных инфекций (ВУИ), что позволило пересмотреть взгляд на внутриутробную патологию плода и считать ее преимущественно инфекционной [1,2]. Внутриутробным инфекциям принадлежит центральное место среди проблем перинатальной медицины. Частота их колеблется от 6 до 53%, достигая 70% среди недоношенных детей [3,4]. В структуре ВУИ вирусные и/или вирус-ассоциированные инфекции являются наиболее опасными и трудно прогнозируемыми. Частота внутриутробного инфицирования составляет ~10% всех беременностей и сильно влияет на показатели репродуктивных потерь. Частота ранней неонатальной заболеваемости и смертности при внутриутробном инфицировании ДНК-вирусной инфекцией колеблется от 5,3 до 27,4%, а мертворождаемость достигает 16,8% [5].

Частая причина смерти новорожденных – герпетические вирусные инфекции. Неонатальная инфекция, вызванная вирусом

* Новосибирский ГМУ, 630091 г. Новосибирск, Красный пр., 52