

Таким образом, используемый имплантат из углерода показал себя оптимальным в качестве микродренажа. Он является высокобиосовместимым материалом. Благодаря своей волокнистой и волнообразной структуре имплантат способствует формированию и длительному существованию дренажа по вновь созданным путям оттока, что служит одним из механизмов стойкого гипотензивного эффекта этого хирургического способа лечения глаукомы. Предложенный способ хирургического лечения глаукомы, заключающийся в проведении синусотрабекулоэктомии с введением имплантата на основе химически чистого углерода, позволяет добиться более выраженного, чем при классической синусотрабекулоэктомией, гипотензивного эффекта с сохранением зрительных функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даутова З.А., Саяпов Н.Г., Шаммасова Э.Р. VII съезд офтальмологов России: Тез. докл. – М., 2005. – С. 82.
2. Еременко А.И., Махитаров С.Г., Рахман Хабибур, Малышев А.В. // Сверхэластичные имплантаты с памятью формы в медицине: Матер. докл. Междунар. конфер. – Новосибирск, 1995. – С. 24.
3. Лебедев О.И. // Вестн. офтальмол. – 1993. – № 1. – С. 36–36.

4. Либман Е.С., Шахова Е.В., Чумаева Е.А. VII съезд офтальмологов России: Тез. докл. – М., 2000. – С. 251.
5. Сапрыкин П.М., Бакуткин В.В. // Офтальмохирургия. – 1989. – № 1–2. – С. 44–46.
6. Чеглаков Ю.А., Кадымова Ф.Э., Конаева С.В. // Офтальмохирургия. – 1990. – № 2. – С. 28–31.
7. Morteno A.C. // British J. Ophthalmol. – 1977. – Vol. 61. – P. 120–125.

Поступила 17.02.07.

THE EFFECTIVES OF SINUS-TRABECULECTOMY WITH INTRASCLERAL MICRO-DRAINAGE USING A CARBON BASED IMPLANT IN TREATMENT OF OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Z.A. Dautova, H.R. Garifullina, R.R. Abdullin
Summary

The aim of this study was to increase the effectiveness of surgical treatment of open-angle glaucoma by using a pure carbon based implant. 200 sinus-trabeculectomy operations were carried out for treatment of open-angle glaucoma. The main trial group included 100 patients (100 eyes) operated using the carbon based implant. 100 patients (100 eyes) of the control group were operated by the traditional method. The carbon based implant showed to be very biocompatible and an optimal material for micro-drainage, which due to its structure enables formation and long-term function of the humor microfiltration through the new outflow paths. The proposed method of surgical treatment of glaucoma makes it possible to achieve a much more evident hypotensive effect with preservation of the visual function in comparison with a classical sinus-trabeculectomy.

УДК 616.314.2 – 089.23 – 05

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТА К НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ

И.Н. Дегтярева

Кафедра по подготовке интернов стоматологов (зав. – канд. мед. наук Р.Т. Буляков)
Баширского государственного медицинского университета, Республиканская стоматологическая поликлиника (главврач – Р.Т. Буляков), г.Уфа

Планирование комплексного ортодонтического лечения является ответственным и сложным периодом в ортодонтической практике. Оно зависит в основном от опыта и компетентности врача, способности прогнозировать результаты лечения. Нередко применение современных способов ортодонтического лечения не позволяет достигнуть желаемого результата из-за недостаточного учета психологической готовности пациента к лечению и его веры в успешность последнего [5].

Целью исследования являлось изучение основных причин, влияющих на эффективность и качество ортодонтического лечения, анализ процесса адаптации пациента к несъемной ортодонтической технике.

Обследование проводили на базе ортодонтического отделения Республиканской стоматологической поликлиники г. Уфы. Для оценки мотивации пациентов с зубочелюстными аномалиями к ортодонтическому лечению было проведено анкетирование всех обратившихся пациентов. Каждая анкета включала 37 вопросов. Состояние адаптации к несъемной ортодонтической технике оценивалось в группе из 181 пациента в возрасте от 15 лет и старше (мужчин – 19,7%, женщин – 80,3%). Степень адаптации пациента к несъемной ортодонтической технике мы оценивали по разработанному опроснику АКОЛ через месяц после фиксации брекетов. Пациент отвечал "да" или "нет" на

Таблица 1

Результаты субъективного шкалирования
(самооценки) процесса адаптации к эджуайс-системе

Вопросы	Результаты положительных ответов, %
Тревожит ли Вас, что окружающим бросается в глаза наличие брекетов на Ваших зубах?	19,9
Длились ли у Вас болевые ощущения дольше недели после фиксации брекетов?	22,2
Постоянно ли Вы чувствуете наличие дискомфорта в полости рта?	13,8
Считаете ли Вы, что после фиксации брекетов у Вас появились трудности с откусыванием?	71,8
Не кажется ли Вам, что после установки брекетов Ваша речь стала невнятной?	32,3
Считаете ли Вы, что ортодонтическая конструкция Вам постоянно мешает?	8,7
Кажется ли Вам, что во рту появилось что-то лишнее?	45,8
Считаете ли Вы, что после фиксации брекетов не можете хорошо пережевывать пищу?	51,9
Думаете ли Вы, что при разговоре окружающие смотрят Вам в рот?	31,0
Хочется ли Вам постоянно трогать брекет языком?	33,0
Беспокоит ли Вас страх, что брекеты могут отклеиться от зубов?	17,5
Появились ли у Вас сложности с произношением некоторых звуков после фиксации брекетов?	36,0
Испытываете ли Вы тревогу, что при приеме пищи ортодонтическая конструкция может сломаться?	18,9
Беспокоит ли Вас, что после фиксации брекетов у Вас изменилась форма лица?	12,5
Ощущаете ли Вы во рту какой-то привкус?	13,7
Раздражает ли Вас наличие брекетов во рту?	12,4
Считаете ли Вы, что брекеты очень сильно затрудняют процесс чистки зубов?	42,0
Стесняетесь ли Вы после фиксации брекетов широко улыбаться?	37,9
Было ли у Вас в первые дни после фиксации брекетов непреодолимое желание их снять?	67,0
Стесняетесь ли Вы наличия брекетов на зубах?	3,6

вопросы, представленные в табл. 1. При определении степени адаптации к ортодонтическим конструкциям подсчитывали количество положительных ответов. Оценочные критерии опросника: 16 баллов и выше – очень тяжелая адаптация (1), от 11 до 15 – неудовлетворительная (2), от 6 до 10 – удовлетворительная (3), 5 баллов

и ниже – хорошая (4). Вопросы опросника АКОЛ были условно разделены на две группы: эстетика и физиология.

Анкетирование на базе ортодонтического отделения Республиканской стоматологической поликлиники показало, что основной причиной обращения больных к ортодонту являлось эстетическая неудовлетворенность (65,0%), причем примерно одинаково часто у мужчин (59,1%) и женщин (66,3%; $p>0,05$). Психологический дискомфорт был выявлен у 17,0% пациентов – заметно больше у женщин (20,0%), чем у мужчин (4,6%; $p<0,05$). Нарушения функции жевания проявлялись примерно одинаково у мужчин (9,1%) и женщин (7,4%), а заболевания височно-нижнечелюстного сустава стали причиной обращения 13,6% мужчин и 2,1% женщин ($p<0,05$). Другие причины были указаны в 6,0% случаев. Однако и у лиц, обратившихся по собственному желанию к врачу-ортодонт, изначально имеющих зубочелюстные аномалии, а также ярко выраженную эстетическую и психологическую неудовлетворенность, нередко возникает проблема адаптации к несъемным, не всегда эстетичным конструкциям, что становится основной причиной неблагоприятного исхода лечения.

На основании полученных результатов опросника АКОЛ все пациенты были разделены на две группы. В 1-й группе было 55,8% пациентов с неудовлетворительной адаптацией (1, 2 и 3-я степень адаптации), во 2-й – 44,2% пациентов с хорошей адаптацией (4-я степень) к ортодонтическим конструкциям. Распределение пациентов по группам представлено в табл. 2.

В процессе опроса мы установили, что в начале лечения 77,5% пациентов волнуют вопросы функционального характера, 22,5% – эстетическая сторона лечения. Большинство пациентов (71,8%) считали, что после фиксации системы у них появились трудности с откусыванием, 51,9% отметили, что не могут хорошо пережевывать пищу. Следовательно, наиболее тяжелыми для адаптации являются первые недели ортодонтического лечения.

Чуть меньше половины (45,8%) обследованных субъективно восприняли ортодонтическую конструкцию как инородное тело ("что-то лишнее"); у 32,09% пациентов возникало желание постоянно трогать брекеты языком. Болевые ощущения после фиксации брекетов длились дольше недели у 22,2% пациентов.

Таблица 2

Распределение пациентов по степени адаптации к несъемной ортодонтической технике

Степени АКОЛ		Пациенты	
		абс.	%
1-я группа	1-я (очень тяжелая адаптация)	2	1,1
	2-я (неудовлетворительная)	8	4,4
	3-я (удовлетворительная)	91	50,3
	4-я (хорошая)	80	44,2
2-я группа	Всего	181	100,0

Несмотря на мнение врачей-ортодонтотв о том, что несъемная ортодонтическая система (вестибулярная) не влияет на звукопроизношение, многие пациенты (36,0%) считали, что у них появились сложности с произношением некоторых звуков, а 32,09% отмечали у себя появившуюся у них невнятность речи. Каждый третий (37,9%) находившийся на ортодонтическом лечении считал, что стал стесняться широко улыбаться, а 31,0% лиц казалось, что при разговоре окружающие смотрят им в рот. 19,9% опрошенных испытывали тревогу по поводу того, что окружающим заметно наличие брекетов на их зубах. Таким образом, одна проблема наслаивается на другую, т.е. человек, уже имевший эстетическую неудовлетворенность и обратившийся к нам с целью избавиться от нее, еще больше становился эстетически неудовлетворенным своей внешностью, и это могло влиять на его психоэмоциональное состояние и бессознательно вызывать негативное отношение к ортодонтическому лечению. В дополнение к этому возникавшие болевые ощущения в первые дни после фиксации несъемной техники вызывали феномен негативного стоматологического опыта: когда-то подействовал стимул (в нашем случае материальный раздражитель). Воздействие было осмыслено в свое время, затем возникла ответная реакция – негативное воздействие было запечатлено, и память о нем готова воспроизводить соответствующие неприятные воспоминания и ассоциации [1].

Определенный опыт многолетней практической работы показывает, что не все пациенты в силу своих психологических особенностей могут открыто изложить своему лечащему врачу беспокоящие их проблемы и, следовательно, получить вовремя

конкретные рекомендации по их устранению (например, разъяснение о том, что возникшие проблемы имеют временный характер). Некоторые из них не заканчивают ортодонтическое лечение, зачастую придумывая для себя и своего лечащего врача массу причин отказаться от него. Но это в лучшем для врача случае, в худшем же возможно возникновение конфликтной ситуации между пациентом и врачом из-за недостаточной информированности и психологической подготовленности пациентов [2].

Изложенное можно доказать тем, что значительная часть находящихся на лечении лиц (45,1%) выделяет как фактор, влияющий на процесс ортодонтического лечения, непонимание сущности ортодонтического лечения, причем среди женщин этот показатель значительно выше (47,8%), чем среди мужчин (36,4%; $p < 0,05$). Следующий фактор – отсутствие взаимопонимания между врачом и пациентом – на это указали 27,8% лечившихся (42,4% мужчин и 23,4% женщин; $p < 0,05$). Такие факторы, как страх, тревожность, отмечались у меньшего числа пациентов (соответственно у 13,2% и 8,3%), другие факторы – у 5,6% опрошенных. Абсолютное большинство пациентов (94,0%) согласны, что успех ортодонтического лечения зависит от взаимоотношения врача и пациента.

ВЫВОДЫ

1. Начальный период ортодонтического лечения для пациента является наиболее тяжелым. Несъемная ортодонтическая конструкция воспринимается большинством пациентов как инородное тело и вызывает чувство дискомфорта, болевые ощущения и может быть источником эстетической неудовлетворенности.

2. Возникающая тревога клинически может проявляться в виде неосознанного беспредметного чувства внутреннего напряжения, беспокойства, опасения и тревожных ожиданий и вызывать трудности в психологической адаптации к ортодонтической конструкции. Все это впоследствии может оказаться основной причиной отсутствия взаимопонимания между пациентом и лечащим врачом, а в худшем случае – основанием для незавершения ортодонтического лечения.

3. Преодоление сложившихся стереотипов в ортодонтической практике позволит улучшить качество проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. // Институт стоматол. – 2003. – № 1. – С. 6–10.
2. Маньков Ю.У. // Военно-мед. журн. – 1994. – № 1. – С. 39–42.
3. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калаиш-никова В.П. Ортодонтия. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстно-лицевой области. – М., 2005.

Поступила 23.05.07.

DEFINING THE DEGREE OF PATIENT
ADAPTATION TO NON-REMOVABLE
ORTHODONTIC MATERIALS

I.N. Degtyareva

S u m m a r y

In order to evaluate the degree of patient adaptation to non-removable orthodontic materials a questionnaire "Adaptation to orthodontic treatment" has been designed. The degree of patient adaptation to non-removable orthodontic materials was evaluated in 181 patients of 15 years and older. The most severe period of orthodontic treatment is the initial period. An orthodontic construction gives a feeling of discomfort, while the appearing anxiety makes it psychologically difficult to adapt to it.

УДК 616. 716. 85 – 085. 835

**ВЛИЯНИЕ АЭРОИОНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЛУНКИ ПОСЛЕ
УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

Р.В. Борисюк, Т.Т. Фаизов, М.П. Шулаева

Кафедра челюстно-лицевой хирургии (зав. – проф. Т.Т.Фаизов)

Казанского государственного медицинского университета,

кафедра микробиологии (зав. – проф. О.К.Поздеев)

Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Альвеолит – это воспаление стенок лунки удаленного зуба. По данным различных авторов, частота альвеолитов колеблется от 0,22 до 5,26%, а по некоторым источникам – до 35% [7]. Больные альвеолитом жалуются, как правило, на боль длительного характера, иррадиирующую по ходу тройничного нерва, затрудненное пережевывание пищи, ограниченное открывание рта, неприятный запах изо рта, нарушение сна, ухудшение общего состояния. Число посещений хирургического кабинета при этом составляет 3–8 на одного больного, сроки нетрудоспособности колеблются от 7 до 18 дней [7]. Процесс может осложниться ограниченным (поверхностным) остеомиелитом лунки с последующим отторжением мелких секвестров, которые поддерживают свищеобразование, затягивая сроки заживления послеоперационной раны. При неэффективной терапии альвеолита нередко возникают такие осложнения, как периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, гайморит, лимфаденит и др. [1].

Существует большое количество методов лечения данного заболевания. Различные авторы рекомендуют как общепринятые (антибиотикотерапия, антисептические препараты и др.), так и достаточно необычные методы (заполнение лунки гипсом, эмбриональной тканью, гирудотерапия

и др.) [6, 9, 11, 13]. Но, несмотря на большое количество предложенных средств лечения, проблема профилактики альвеолитов до сих пор весьма актуальна [8].

Основная причина развития воспалительных осложнений, возникающих после удаления зуба, – неадекватное его проведение, снижение иммунной реактивности организма пациентов, предварительное возникновение воспалительного процесса в области причинного зуба, повышение вирулентности патогенной микрофлоры [10, 12]. Следовательно, одной из важнейших задач современной стоматологии является тщательная антисептическая обработка раневой поверхности, возникшей после хирургического вмешательства [5]. В то же время медикаментозные антисептические препараты часто вызывают аллергические процессы, и альтернативой лекарственным препаратам может быть такой физический метод лечения, как аэроионотерапия [4, 8].

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности применения аэроионотерапии после удаления зуба у больных с хроническими воспалительными очагами в периапикальных тканях.

Под наблюдением находились 45 больных с хроническими воспалительными очагами в периапикальных тканях в воз-