

проявления со стороны слизистой оболочки (19,3%), низкий уровень гигиены полости рта (63,3%), воспаление мягких тканей пародонта, пошатывание зубов (34,6%), значительная интенсивность кариеса, эрозии эмали, разрушенные и нелеченные зубы (44%), большой процент отсутствующих зубов (15,1±2,3). Почти у одной трети – выраженная атрофия сосочков, усиление сосудистого рисунка, явления глоссита (26,6%), увеличение слюнных желез (13,3%). Общая сумма баллов по группе составила 23.

### Обсуждение

С учетом изложенного следует сделать вывод, что алкогольная болезнь печени проявляется изменениями стоматологического статуса, который ухудшается по мере ее прогрессирования. Контрольная группа отличается незначительными изменениями в состоянии полости рта, и их можно с суммой баллов до 4 отнести к относительно здоровой группе. Лиц с адаптивной гепатопатией с суммой баллов от 4 до 7 можно отнести к группе риска по стоматологическому статусу; лиц с алкогольным стеатозом с суммой баллов от 7 до 13 – к категории компенсированного состояния полости рта; лиц с алкогольным стеатогепатитом рассматривать с субкомпенсированным состоянием стоматологического статуса (сумма баллов 13–20), а в случае цирроза печени следует о говорить о его декомпенсированном характере (сумма баллов свыше 20). Таким образом, в судебно-медицинской практике целесообразна верификация признаков хронической алкогольной интоксикации с учетом оценки хронической патологии полости рта, возникающей при употреблении алкоголя.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Верткин А., Барер Г., Зайратьянц О. и др. Стоматологический статус у пациентов с алкогольной болезнью печени // Стоматологическое образование в России. – 2005. – № 3. – С. 66–69.
2. Горячев Д. Н. Челюстно-лицевые маркеры хронического алкоголизма // Неврологический вестник. – 2011. – Том XLIII. № 2. – С. 58–61.
3. Горячев Д. Н. Морфологическая диагностика изменений полости рта в условиях хронической алкогольной интоксикации. Методические приемы их оценки, возможности их клинического интерпретирования // Мед. экспертиза и право. – 2011. – № 3. – С. 43–46.

4. Дудко Т. Н., Агибалова Т. В., Винникова М. А. Алкогольная зависимость: Руководство для врачей. – М.: серия «Школа здоровья», 2013. – 129 с.

5. Колкина В. Я. Алкогользависимые заболевания полости рта и глотки // Гастроэнтерология. – 2007. – № 226. – С. 38–44.

6. Нестерова Т. А. Распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта у больных, страдающих хроническим алкоголизмом // Стоматология. – 1991. – № 2. – С. 85–86.

7. Методы и программы профилактики основных стоматологических заболеваний. Доклад комитета ВОЗ № 713. – Женева, 1986.

8. Пиголкин Ю. И., Должанский О. В., Мамсурова Т. С., Чертовских А. А. Судебно-медицинская диагностика хронической алкогольной интоксикации по гистологическим изменениям мягких тканей полости рта и слюнных желез // Судебно-медицинская экспертиза. – 2009. – № 2. – С. 81–82.

9. Породенко В. А., Корхмазов В. Т., Травенко Е. Н. Судебно-химические, морфометрические и патоморфологические критерии верификации отравлений алкоголем // Актуальные вопросы судебно-мед. науки и практики. Матер. межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 75-летию судебно-медицинской службы Кировской области. – Киров, 2010. – С. 220–225.

10. Похатпу С. Р., Мезришвили И. В., Наумов А. В. Особенности стоматологического статуса у пациентов с алкогольной висцеропатией // Актуальные вопросы клинической медицины: Сб. тр. – М., 2005. – С. 128–129.

11. Oral condition of abstaining alcoholics. A case\_control study / E. Homecker, H. Ehrenreich, T. Muusset et al. // Schweiz. monatschr. Zahnmed. – 2003. – V. 13 (12). – P. 1281–1288.

12. Сторожук П. Г., Быков И. М., Ерщев В. В., Сторожук И. А., Быкова Н. И. Ротовая полость и ее секреты как система антибактериальной и антирадикальной защиты организма // Аллергология и иммунология. – 2009. – Т. 10. – С. 350–357.

13. Ткаченко Т. Б., Гайкова О. Н., Бердникова Е. И. Влияние алкоголя на слизистую оболочку полости рта // Стоматология. – 2009. – № 2. – С. 81–82.

14. Травенко Е. Н., Породенко В. А. Проблемы судебно-медицинской диагностики отравлений этиловым алкоголем на фоне алкогольной болезни печени // Бъдещето въпроси от света на науката: Матер. VII междунар. науч.-практ. конф. – София, 2011. – Том 23. – С. 65–68.

Поступила 23.05.2013

**М. В. ТУРЬЯНСКАЯ, М. Н. МИТРОПАНОВА, Ю. Г. ПЕЙСАХОВИЧ**

## ОПЫТ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

*Кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО КубГМУ,  
ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 89184696373. E-mail: tmv.1@mail.ru*

В последние годы распространенность стоматологической заболеваемости у детей, проживающих на территории г. Краснодара и Краснодарского края, значительно возросла. Лечение детей раннего возраста и детей, имеющих соматическую патологию (заболевания нервной, эндокринной систем и др.) и врожденные пороки развития, ЧЛО, составляет большую проблему для стоматолога. Большая часть стоматологических манипуляций связана с болевыми ощущениями. Стоматолофобия формируется в раннем детском возрасте, её возникновению способствует множество различных факторов. Целью настоящей работы явился анализ результатов проведения санации полости рта у детей под общим обезболиванием.

*Ключевые слова:* общее обезболивание, дети, полость рта.

EXPERIENCE IN CHILDREN'S ORAL REHABILITATION UNDER GENERAL ANAESTHESIA

*Department of pediatric dentistry, orthodontics and maxillofacial surgery;  
Regional children's clinical hospital,*

*Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 89184696373. E-mail: tmv.1@mail.ru*

In the last years the prevalence of the children's dental morbidity, living in the Krasnodar and Krasnodar region, seriously increased. Treatment of children of early age and with somatic pathology (diseases of nervous system, endocrine system and etc.) and children with congenital maxillofacial malformations is the large problem for the dentist. The largest part of the dental manipulations is connected with painful feelings. Dental phobia is forming in the early age and her occurrence is connected with plenty of different factors. The purpose of the current research was the analysis of the results of children's oral rehabilitation under general anaesthesia.

*Key words:* general anaesthesia, children, mouth cavity.

### **Введение**

В последние годы распространенность стоматологической заболеваемости у детей, проживающих на территории г. Краснодара и Краснодарского края, значительно возросла. Так, у детей г. Краснодара в возрасте 3 лет распространенность кариеса составила 97%, 6 лет – 94%, 12 лет – 95%, 15 лет – 100%. В Краснодарском крае у 6-летних детей распространенность кариеса составила 84%, 12-летних – 72,5%, 15-летних – 84% [1, 3, 9, 10]. В связи с этим проблема качественной полноценной санации полости рта в детской стоматологии с каждым годом становится все более значимой и актуальной.

Лечение детей раннего возраста и детей, имеющих соматическую патологию (заболевания нервной, эндокринной систем и др.) и врожденные пороки развития, составляет большую проблему для стоматолога из-за особенностей: 1) психоэмоционального реагирования ребенка на медицинские манипуляции и сложности удержания статичной позы в течение нескольких минут, 2) поведения большинства родителей во время стоматологического приема, создающих сложный эмоциональный фон реагирования ребенка, находящегося под их влиянием (цепная реакция эмоций в тандеме «родитель – ребенок»), непонимания родителями важности манипуляций, 3) строения тканей зуба и распространения патологического процесса, 4) обильного физиологического слюноотделения.

Большая часть стоматологических манипуляций связана с болевыми ощущениями [9]. Эмоция страха – одна из самых сильных, способных доходить до неконтролируемого состояния аффекта [5]. Стоматофобия имеет большое социальное значение, т. к. является одной из основных причин несвоевременного обращения детей и взрослых за профилактической и лечебной стоматологической помощью, что повышает частоту заболеваемости, осложнений и неблагоприятных исходов стоматологической патологии, способствует ухудшению не только стоматологического, но и общего здоровья детского и взрослого населения. Стоматофобия формируется в раннем детском возрасте, её возникновению способствует множество различных факторов. Лишь постоянная, невыносимая зубная боль может заставить детей и взрослых, страдающих стоматофобией, обратиться за помощью. Дети со стоматофобией и патологией нервной системы создают трудности в диагностике и лечении из-за неадекватного поведения, а зачастую они не могут внятно сказать о своих

ощущениях [9]. Проблема обезболевания у детей со стоматофобией, соматической патологией, патологией ЦНС, врожденными пороками развития челюстно-лицевой области даже с использованием современных анестетиков решена не полностью [4, 5]. По мнению многих авторов, дети с соматической патологией, с врожденным несращением губы и неба в большей степени, чем здоровые дети, подвержены риску возникновения кариеса зубов. У детей различных возрастных групп с врожденным несращением губы и неба распространенность кариеса зубов составляет 80–98%. Целью настоящей работы явился анализ результатов проведения санации полости рта у детей под общим обезболеванием. Лечение детей проводится с 2006 г. на базе ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК, являющегося клинической базой кафедры детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО КубГМУ.

### **Материалы и методы исследования**

Объектом исследования стали дети, которым проводилась санация полости рта под наркозом в период с 2006 по 2013 г. За указанный период всего было проведено 698 санаций полости рта у детей в возрасте от 2 до 18 лет в условиях общего обезболевания. Проведено анестезиологическое пособие детям: со стоматофобией, имеющим декомпенсированную форму кариеса в возрасте до 3 лет, – 19%, с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области (врожденной расщелиной губы и неба), по показаниям перед плановыми оперативными вмешательствами – 10%, с ДЦП – 19%, с аутизмом – 17%, с задержкой психического развития – 7%, с синдромом Дауна – 13%, с олигофренией – 5%, с тугоухостью – 6%, с сахарным диабетом – 4%.

С 2006 по 2009 г. анестезиологическое обеспечение осуществлялось путем тотальной внутривенной анестезии (кетаман, фентанил, пропофол). С 2009 г. применяется высокоэффективный препарат «севофлуран», который обеспечивает надежную анестезию и обладает минимальными побочными эффектами. После прекращения подачи севофлурана сознание обычно восстанавливается через несколько минут. Севофлуран был синтезирован еще в 70-е годы, но появился в клинической практике значительно позже. С 2004 года севофлуран разрешен к применению в Российской Федерации. Растворимость севофлурана в крови и тканях организма очень невелика, поэтому засыпание и пробуждение

происходят очень быстро. Во время проведения анестезии осуществлялся постоянный мониторинг ЭКГ, пульса, артериального давления и других параметров. Постоянный мониторинг глубины наркоза исключает возможность неоправданно глубокого или поверхностного наркоза.

Обязательное обследование перед проведением общего обезболивания (наркоза) включало заключение педиатра, эндокринолога, кардиолога, психоневролога, психотерапевта. Оценка состояния ребенка на момент санации подтверждалась клиническими анализами крови с развернутой формулой: биохимический анализ крови (включая электролиты), время свертывания крови, анализом мочи, ЭКГ. Предварительно всех детей осматривали стоматолог и анестезиолог. При необходимости для уточнения диагноза проводили Rт-диагностику (ортопантомографию, прицельную визиографию). Определялся объем работы, и составлялся план лечения.

Из числа пролеченных детей все имели декомпенсированную форму течения кариозного процесса. При лечении кариеса временных зубов использовали стеклоиономерный цемент «Vitremer», для лечения поверхностного кариеса фронтальной группы зубов применялась методика серебрения – «Аргентат», пульпиты временных и постоянных зубов с несформированными корнями лечили одновременно с использованием препарата «пульпотек», методом витальной ампутации. При лечении кариеса постоянных зубов для восстановления коронки зуба использовали пломбировочные материалы «Charizma», «Estelite». В качестве лечебных прокладок по показаниям применяли «Calasept», «Cavalite». Для пломбирования корневых каналов временных зубов использовали цинкоксидэвгеноловую пасту, постоянных зубов – «Эндофил», «АН+» с гуттаперчей. Зубы с обострением хронического периодонтита, хроническим периодонтитом, не подлежащие терапевтическому лечению, удаляли. Динамическое наблюдение было рекомендовано всем пациентам, явка на контрольные осмотры каждые 3 месяца в течение 1 года, в последующем при отсутствии жалоб – 1 раз в 6 месяцев. Родители всех пациентов были обучены гигиеническому уходу за полостью рта у детей соответственно возрасту. Всем детям были назначены курсы ремотерапии с применением реминерализующих гелей для домашнего использования, профессиональная ремотерапия соответственно разработанным и внедренным программам профилактики для детей разных возрастных групп [2, 4, 7].

### Результаты и обсуждение

По результатам отдаленных наблюдений за детьми (через 6 месяцев и через 1 год), полученных нами,

15% из числа пролеченных не явились на контрольные осмотры, а также не обращались по поводу жалоб после проведенного лечения. Повторно на лечение под общим обезболиванием были госпитализированы 3 пациента через 1,5 года, имеющих синдром Дауна, по поводу вновь появившихся кариозных полостей.

Таким образом, несмотря на все сложности проведения санации полости рта у детей под общим обезболиванием, появилась возможность осуществить полное качественное адекватное лечение, защитить центральную нервную систему ребенка на время лечения от эмоционального стресса, что предотвращает отказ от лечения в будущем, повышает уровень стоматологического здоровья у детского населения в целом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьмина Э. М., Турьянская М. В. Стоматологическая заболеваемость детского населения Краснодарского края по данным эпидемиологического обследования 2007 г. // Dental. forum. – 2010. – № 4 (36). – С. 30–31.
2. Кузьмина Э. М., Турьянская М. В. Изменение гигиенического состояния полости рта у детей 3 и 6 лет г. Краснодара при проведении программы профилактики стоматологических заболеваний // Dental. forum. – 2011. – № 5 (41). – С. 61–62.
3. Кузьмина Э. М., Турьянская М. В. Динамика стоматологической заболеваемости 12-летних детей Краснодарского края за 10 лет // Dental. forum. – 2011. – № 1 (37). – С. 33–36.
4. Кузьмина Э. М. с соавт. Профилактика стоматологических заболеваний у детей с врожденной расщелиной губы и неба. – Москва, 2009. – 84 с.
5. Стош В. И., Рабинович С. А. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: Руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 184 с.
6. Турьянская М. В. Сравнительный анализ показателей кариеса зубов у 6-летних детей Краснодарского края по данным эпидемиологических стоматологических обследований 1997 и 2007 гг. // Dental. forum. – 2010. – № 4 (36). – С. 46–48.
7. Турьянская М. В. Основные показатели стоматологической заболеваемости детского населения Краснодарского края // Dental. forum. – 2011. – № 4 (40). – С. 31–34.
8. Турьянская М. В. Стоматологический статус детей Краснодарского края // Dental. forum. – 2012. – № 3 (37). – С. 99.
9. Турьянская М. В., Шульженко В. И., Пейсахович Ю. Г. Санация полости рта детей под общим обезболиванием // Современные технологии в стоматологии (сборник научных трудов). – Москва – Краснодар, 2006. – С. 167–173.
10. Шульженко В. И., Митропанова М. Н., Чечула Н. И. Вариант изучения и анализа протоколов реабилитации детей с неспращениями губы и неба, применяемых в мире // Куб. научн. мед. вестник. – 2011. – № 2. – С. 196–199.

Поступила 29.05.2013

Х. Ю. ХАНАХОК, Л. А. СКОРИКОВА

## СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ АДЫГЕЯ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний

Кубанского государственного медицинского университета,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 262-55-92. E-mail: prst\_23@mail.ru