

ных случаях частичное обнажение элементов субпериостального имплантата не влияли на его функциональные качества, однако такие пациенты нуждаются в дополнительной мотивации к тщательному гигиеническому уходу.

Осложнения, возникающие в срок от 5 до 7 лет после операции, были аналогичны осложнениям в отдаленном периоде, однако суммарная частота их возникновения пропорционально увеличивалась.

Для успешного лечения осложнений важна их своевременная диагностика, и в этом отношении

велика роль диспансерного наблюдения, позволяющего выявить осложнения на самой ранней стадии, часто до появления клинических симптомов. Для профилактики осложнений при операциях имплантации с применением субпериостальных имплантатов весьма значимы тщательное, всестороннее обследование пациентов, правильный выбор конструкции имплантата и прежде всего опыт и профессионализм как хирурга-имплантолога, так и стоматолога-ортопеда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амхадова М.А. Применение субпериостальных имплантатов для реабилитации пациентов со значительной атрофией костной ткани челюстей //Стоматология. – 2004. – № 3. – С. 72-74.
2. Амхадова М.А. Использование компьютерной томографии на этапах планирования субпериостальной имплантации //Российский стоматологический журнал. – 2004. – №2. – С. 31-32.
3. Бессонов В.И., Российский П.В. Субпериостальная имплантация: лечение, возможные осложнения, отдаленные результаты //Клиническая имплантология и стоматология. – 2001. – № 1/2. – С. 41-43.
4. Иванов А.Г., Матвеева А.И. Биомеханические основы распределения жевательных нагрузок в системах естественные зубы – имплантаты //Российский стоматологический журнал. – 2000. – № 2. – С. 41-44.
5. Петрунин П.В. Клинико-функциональное обоснование выбора протезной конструкции с опорой на субпериостальные имплантаты: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Москва, 2006. – 26 с.
6. Безруков В.М., Кулаков А.А. Субпериостальная имплантация – как метод хирургической реабилитации пациентов со значительной атрофией челюстей //Российский вестник дентальной имплантологии. – 2003. – № 1. – С. 60-64.
7. Федорова Н.С., Скворцов О.В. Применение поднадкостничных имплантатов при протезировании концевых дефектов зубных рядов //Стоматология-2004: Материалы Российского научного форума. – М., 2004. – С. 171-173.
8. Gard A.K. (et al.) Dental implants and the geriatric patients //Implant. Dent. – 1997. – Vol. 6. – P. 168-173.

УДК 616.31-031.81

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Химич И.В., Подольский В.В., Есикова Т.С.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

APPLICATION OF MODERN LOCAL ANESTHETICS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN OUT-PATIENT PRACTICE

Khimich I.V., Podolskiy V.V., Esikova T.S.

The Volgograd State Medical University

По статистике, среди пациентов амбулаторного стоматологического приема не менее 30% страдают различными соматическими заболеваниями в компенсированной форме. Наиболее часто (29%) отмечаются сердечно-сосудистые заболевания. Частота осложнений местной анестезии у этих па-

циентов достоверно выше – 4,5% (у практически здоровых – 3,5%). Учитывая вышесказанное, следует тщательно планировать предстоящее стоматологическое вмешательство для каждого пациента, уделяя существенное внимание выбору местного анестетика.

Выбор местного анестетика для этой категории пациентов обусловлен необходимостью, во-первых, достижения максимальной эффективности обезболивания, во-вторых, сведением к минимуму системного воздействия на организм веществ, входящих в состав местноанестезирующего препарата [1, 2, 3].

Цель и задачи

Повышение эффективности местного обезболивания при амбулаторных хирургических стоматологических вмешательствах у лиц с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями; профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы исследования

Оценив основные фармакологические параметры действия различных местных анестетиков, возможность их использования без катехоламинов и в сочетании с вазоконстрикторами в разнообразных концентрациях, мы остановили свой выбор на следующих препаратах: 3% Scandonest (3% мепивакаин, без вазоконстриктора), 4% Articaine (4% артикаин 1:200000 Адр), 4% Articaine (4% артикаин 1:100000 Адр), 4%

Ultracain DS forte (4% артикаин, 1:100000 Адр).

Было принято 73 пациента (мужчин и женщин среднего и старшего возраста) с сердечно-сосудистой патологией в стадии компенсации. У 42 пациентов имелась хроническая ишемическая болезнь сердца, у 31 – гипертоническая болезнь.

Нами было произведено удаление зубов по поводу хронического периодонтита и хронического периодонтита в стадии обострения (37 и 36 человек соответственно). Всем пациентам до вмешательства и по его завершении измеряли АД и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Во время вмешательства визуально-анамнестически определяли клиническую эффективность анестезии по 4-х бальной шкале: 0 – анестезии нет, 1 – анестезия слабая, 2 – анестезия средняя, 3 – абсолютно безболезненное вмешательство.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты эффективности обезболивания при использовании различных анестетиков представлены в таблице 1.

Таблица 1

Анестетик	Мужчины 29	Женщины 44	Хронический периодонтит 37				Хронический периодонтит в стадии обострения 36			
			эффективность обезболивания							
			0	1	2	3	0	1	2	3
3% Scandonest	6	10	–	–	3	5	–	2	3	3
4% Articaine 1:200000 Адр	8	16	–	–	2	11	–	3	5	3
4% Articaine 1:100000 Адр	9	9	–	–	–	9	–	–	2	7
4% Ultracain DS forte 1:100000 Адр	6	9	–	–	–	7	–	–	2	6
ВСЕГО	29	44	–	–	5	32	–	5	12	19

Как видно из таблицы, все применявшиеся анестетики обеспечивали достаточную глубину обезболивания при удалении зубов по поводу хронического периодонтита вне обострения (средний уровень – 5 наблюдений, или 13,5%, абсолютно безболезненное вмешательство – 32 наблюдения, или 86,5%). Средний уровень обезболивания отмечен исключительно при проведении мандибулярной анестезии (3 наблюдения 3% Scandonest и 2 наблюдения 4% Articaine с минимальным содержанием адреналина 1:200000). При удалении зубов на верхней челюсти по поводу хронического периодонтита вне обострения все применявшиеся анестетики показали абсолютную их эффективность.

Аналогичная закономерность выявлена в группе больных с хроническими периодонтитами в стадии обострения: слабый уровень обезболивания – 5 наблюдений (14%), средний уровень – 12 наблюдений (33%), безболезненное вмешательство – 19 наблюдений (53%). Наименьшую эффективность продемонстрировали 3% Scandonest и 4% Articaine с минимальным содержанием адреналина 1:200000 при

удалении моляров и премоляров нижней челюсти. Наилучшие результаты были получены при использовании растворов артикаина с большим содержанием вазоконстриктора 1:100000 адреналина (4% Articaine, 4% Ultracain DS forte).

Ни в одном наблюдении, в том числе при сохранявшейся болезненности во время вмешательства, грубые гемодинамические сдвиги не наблюдались.

Выводы

1. Все препараты продемонстрировали достаточную клиническую эффективность для решения хирургических задач амбулаторного стоматологического приема у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации.

2. С целью предупреждения сердечно-сосудистых осложнений рационально использовать препарат (4% артикаин) с добавлением адреналина 1:200 000, поскольку в большинстве случаев увеличение содержания вазоконстриктора до 1:100 000 не имеет клинически значимых преимуществ.

3. Рекомендовать 3% Scandonest (3% раствор мепивакаина) без вазоконстриктора как препарат

выбора пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации и если по данным анамнеза имеется повышенная чувствительность к адреналину или его стабилизатору бисульфиту.

4. Использовать 4% артикаин (Ultracain DS forte, 4% Articaine) с добавлением адреналина 1:100 000 у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации при наличии острых воспалитель-

ных явлений, а также при отсутствии у них в анамнезе повышенной чувствительности к адреналину или его стабилизатору бисульфиту.

Н. В. Следует помнить, что внутрисосудистое введение анестетиков, содержащих высокие концентрации катехоламинов, особенно опасно для пациентов групп риска, прежде всего для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической клиники. – М: ГОУ ВУМНЦ МЗ РФ, 2002. – 144с.
2. Зорян Е.В., Анисимова Е.Н., Московец О.Н., Рабинович С.А. Артикаиновые анестетики – препараты выбора в современной стоматологии. Клинико- фармакологический аспект применения артикаинсодержащих анестетиков //Новое в стоматологии. – 2002. – № 6. – С. 15-19.
3. Петрикас А.Ж. Какой сегодня применять местный анестетик? //Новое в стоматологии. – 1998. – № 2. – С.19-27.

УДК 616.31(083.13)

ПОЛИПАТИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ КАРТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ)

Цепов Л.М., Цепова Е.Л., Михеева Е.А., Голева Н.А., Нестерова М.М.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

POLYPATHIA IN DENTAL PATIENTS (ACCORDING TO THE DATA OF RETROSPECTIVE STUDY OF MEDICAL RECORDS OF DENTAL PATIENTS)

Tsepov L.M., Tsepova E.L., Mikheeva E.A., Goleva N.A., Nesterova M.M.
The Smolensk State Medical Academy

В последние годы всё большее внимание уделяют состояниям с сочетанием двух и более заболеваний у одного пациента. Сосуществование болезней нередко в отечественных работах описывают как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния. В зарубежной литературе чаще применяют термин «коморбидные заболевания» или состояния.

Ключевые слова: полипатии, коморбидность, коморбидные заболевания.

In recent years the more attention is paid to the conditions with a combination of two or more diseases in one patient. In Russian publications the co-existence of diseases is quite often described as combined, concomitant, associated diseases and disorders. In foreign publications the term comorbid diseases or disorders is commonly used.

Kew words: polypathia, comorbidity, multimorbidity.

В 1948 году ВОЗ дала следующее определение здоровью человека: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Современная концеп-

ция общественного здравоохранения большинства развитых стран ориентируется на интегрированный подход путем снижения или устранения общих факторов, являющихся причиной возникновения нескольких хронических неинфекционных заболеваний [32].