

2. Сердечно-сосудистая хирургия: руководство/ Бураковский В.И., Бокерия и др.; под ред. Акад. АМН СССР В.И. Бураковского, проф. Л.А. Бокерия. Медицина, 1989. 752 с.

3. Drake C.G., Peerless S.J., Hernesniemi J.A. Surgery of vertebrobasilar aneurysms. N.Y.: Springer, 1996.

4. Vinuela F., Duckwiler G., Mawad M. Guglielmi detachable coil embolization of acute intracranial aneurysm: perioperative and clinical outcome in 403 patients // J. Neurosurg. 1997. Vol. 86. P. 475–482.

5. Руководство по рентгенэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов / Под редакцией Л.А.Бокерия, Б.Г.Алексяна. Т.1. Рентгенэндоваскулярная хирургия заболеваний магистральных сосудов / Под ред. Л.А.Бокерия, Б.Г.Алексяна, М. Анри. М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2008. 598 с.

ENDOVASCULAR BRAIN VESSEL ANEURYSM TREATING AS AN ALTERNATIVE TO CLIPPING. THE FIRST EXPERIENCE

A.V. AFANASEV, A.I. BORODULIN, A.V. GLUSHCHENKO, V.M. LANETSKY, R.V. LAPTYEV, I.V. MUZALOV, P.V. SARYCHEV, I.S. TIMOSHIN

Voronezh Regional Clinical Hospital №1

The article describes the results of research of efficiency and application of new methods of brain vessel aneurysm treatment, method practice, early both late postoperative period estimation and comparison with trepanation accessible aneurysm clipping. Advantages and disadvantages of the given technique are revealed.

Keywords: aneurysm, clipping, a brain.

УДК 616-553.7-071.2 (470. 063)

ОСОБЕННОСТИ СОМАТОТИПА ЮНОШЕЙ Г.СТАВРОПОЛЯ

Н.В. БАРАНОВА*

В тезисах затрагивается актуальность проблемы «генетические маркеры – конституция человека» в условиях реализации на практике современной стратегии науки с акцентом на охрану «здоровья здоровых».

Ключевые слова: соматотип, андроморфия, пролапс митрального клапана.

Актуальность исследования: Проблема «генетические маркеры – конституция человека» оказывается актуальной в условиях реализации на практике современной стратегии медицинской науки с акцентом на охрану «здоровья здоровых».

Цель исследования – изучить особенности соматотипа юношей в норме и при наличии пролапса митрального клапана (ПМК) с учетом фактора конституции.

При анализе результатов антропометрии, основанной на компьютерной обработке антропометрических данных, распределение типов конституции среди обследованных юношей выявило у юношей с ПМК преобладание торакального (45%) и астеноидного (31%) соматотипа, а у практически здоровых юношей (I группы) преобладает торакальный соматотип (44%), астеники представлены в 24%. Мускульный соматотип у практически здоровых юношей составляет 19%, а дигестивный – 13%, у юношей с ПМК эти соматотипы представлены в 14% и в 10% соответственно.

Показатель андроморфии, иллюстрирующий степень влияния мужских половых гормонов в формировании соматотипов, достоверно снижен у юношей с ПМК ($99,0 \pm 0,89$, $P < 0,01$), что косвенно свидетельствует о снижении уровня тестостерона.

При исследовании у практически здоровых юношей обхват предплечья, диаметр бедра, переднезадний диаметр грудной клетки и величины некоторых кожно-жировых складок, а у юношей с ПМК – диаметр плеча, диаметр бедра, длина тела, длина туловища и величины некоторых кожно-жировых складок объясняют большую часть изменчивости антропометрических данных. При этом у практически здоровых юношей наиболее информативными антропометрическими признаками являются обхватные размеры, сагиттальный диаметр грудной клетки, эпифизарный диаметр бедра и кожно-жировые складки корпуса тела и нижних конечностей. У юношей с ПМК к таким же признакам относятся

эпифизарные диаметры конечностей, длина тела и туловища, и кожно-жировые складки корпуса тела и верхних конечностей.

На фоне ускоренного соматотипологического развития астеноидов выявлено увеличение развития костного компонента сомы у юношей с ПМК, а на фоне замедленного соматотипологического развития дигестивных юношей обнаружено снижение развития костного компонента сомы у юношей с ПМК.

Таким образом, у юношей с ПМК мускульного (наиболее акселерированного варианта развития) и дигестивного соматотипов выявлено достоверное снижение жирового компонента сомы. При этом максимальное снижение величин кожно-жировых складок верхних конечностей, свидетельствует о маркерной информативности этих признаков при данной патологии.

SOMATOTYPE FEATURES OF YOUNG MEN IN STAVROPOL

N.V. BARANOVA

Stavropol State Medical Academy

The aim of the research is studying the peculiarities of youth somatic type with prolapse of the mitral valve taking into account the constitution factor.

Key words: somatotype, andromorpha, prolapse of mitral valve

УДК 616.314.18-002.4-084

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

И.А. БЕЛЕНОВА, Е.С. КАЛИНИНА, О.А. КУМИРОВА, А.А. КУНИН, О.И. ОЛЕЙНИК, Т.А. ПОПОВА*

В работе рассмотрены вопросы разработки программ профилактики заболеваний тканей пародонта с учетом индивидуального подхода к стоматологическому и соматическому статусам пациента.

Ключевые слова: пародонт, профилактика патологии пародонта, аппарат «Vector»

Заболевания тканей пародонта являются одной из важнейших проблем в стоматологической практике, поскольку характеризуются высоким уровнем распространенности среди населения, тяжестью течения и негативным влиянием на общее состояние организма и качество жизни человека [3]. Это является обоснованием необходимости разработки новых подходов в организации профилактики данной патологии. Одним из важнейших, предрасполагающих факторов в развитии воспалительных заболеваний пародонта, наряду с бактериальной составляющей, является состояние ротовой жидкости как среды, окружающей зубы и ткани пародонта [1].

Наши исследования посвящены методологическим проблемам выбора индивидуальных профилактических мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта. Проведено обследование 180 больных гингивитом в возрасте от 18 до 40 лет. Среди них 76 (42%) женщин и 104 (58%) мужчин, страдающих патологией пародонта, без выраженной сопутствующей патологии. Клиническое обследование больных проводилось по определенному плану и регистрировалось в специально разработанной карте.

Данные наших исследований позволяют сделать вывод о том, что изучение pH ротовой жидкости при различных патологических состояниях в полости рта имеет определенную диагностическую ценность при заболеваниях пародонта, являясь одним из определяющих критериев развития патологии или ранним прогностическим признаком заболевания. Определение pH ротовой жидкости позволяет прогнозировать прогрессирование патологического процесса, может служить критерием эффективности индивидуальных профилактических программ. Мы считаем, что система профилактики пародонта должна включать 2 звена: первичную и вторичную профилактику.

Под первичной профилактикой мы подразумеваем систему мероприятий, направленных на предупреждение патологии пародонта путем устранения факторов риска и повышения уровня здоровья пациентов. Выделяя общие элементы первичной профи-

* ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Росздрава» 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310, тел: (8652) 35-32-29

* ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», Кафедра терапевтической стоматологии, 394000, г. Воронеж, пр. Революции 14, Россия, Тел. (4732) 53-05-36

лактики – обучение основам индивидуальной гигиены полости рта, выработка устойчивой мотивации к ее проведению, нормализацию питания, соблюдение режима труда и отдыха, минимизацию воздействия негативных факторов социальной среды – особо следует подчеркнуть важность диспансеризации. Именно на основании данных диспансерного осмотра и наблюдения, по нашему мнению, должна базироваться программа первичной индивидуальной профилактики патологий пародонта.

На основании данных наших исследований, стало возможным создать комплекс методов прогнозирования патологии пародонта, включающий: сбор анамнеза, осмотр, исключение местных пародонтопатогенных факторов (отсутствие физиологической стираемости эмалевых бугров, травматическая окклюзия, травматические узлы, патология уздечки губ, языка, недостаточная глубина преддверия полости рта или его деформация, тяжи СОПР в области переходной складки), определение гигиенического состояния полости рта, оценка интенсивности воспаления в десне, pH-метрия ротовой жидкости (информативный и несложный в применении метод).

Первичная профилактика включала формирование групп риска из числа обследованных пациентов (генетическая предрасположенность, верхние границы нормы диагностических показателей, низкие значения водородного показателя), личная и профессиональная гигиена полости рта, индивидуальный подбор предметов и средств гигиены в соответствии с pH ротовой жидкости пациентов, пломбировочных материалов и герметиков, позволяющих компенсировать локальную кислотность, мероприятия, направленные на снижение кариесогенной ситуации в полости рта и бактериальной активности (при постоянном цитологическом и бактериоскопическом контроле в отношении коковой флоры, простейших, дрожжеподобных грибов).

Критериями эффективности первичной профилактики являются экспресс-методы, несложные в исполнении и занимающие в среднем не более 20 минут рабочего времени стоматолога, позволяющие оценить резистентность тканей пародонта к факторам риска, наличие пародонтопатогенов в полости рта: гигиенический индекс, РМА, проба Шиллера-Писарева, определение водородного показателя ротовой жидкости, гигиенический индекс, проведение цито-бактериоскопии десневой борозды, определение кариесогенности зубного налета и др.

Профессиональная гигиена полости рта является важным этапом первичной профилактики заболеваний пародонта. В настоящее время в пародонтологии используются различные методы снятия зубных отложений, но данных по их влиянию на состояние твердых тканей зуба в литературе невелико и часто они носят противоречивый характер [2,4]. В связи с этим, мы провели исследование влияния различных способов снятия зубных отложений на микроструктуру твердых тканей зуба.

Материалом для изучения *in vitro* послужили 20 удаленных по медицинским показаниям зубов. Снятие зубных отложений проводилось при помощи кюрет Грейси, магнитостриктивного скейлера (установка Chirana, Чехия, частота 25 кГц), пьезоэлектрического аппарата Piezon-Master 600 (EMS, Switzerland, частота 32 кГц) и аппарата «Vector» («Durr Dental», Германия, частота 25 кГц). В своей работе мы использовали такой высокотехнологичный метод исследования, как растровая электронная микроскопия (РЭМ). Использование именно РЭМ для изучения твердых тканей зуба было обусловлено ее высокой разрешающей способностью (увеличение $\times 200-5000$ раз), а также возможностью исследовать без сложной предварительной подготовки образцы с произвольной геометрией и получать информацию о пространственном расположении микроструктур в объекте. Используемое оборудование: растровый электронный микроскоп «CamScan S4».

По данным РЭМ, при снятии зубных отложений с помощью кюрет Грейси на поверхности цемента корня и пришеечной эмали остается некоторое количество зубных отложений, в связи с чем поверхность зубов на электроннограммах выглядит «загрязненной», а структурный рисунок цемента и эмали не отчетлив. На поверхности эмали в пришеечной области наблюдаются линейные повреждения пелликулы, являющиеся «царапинами» от действия острых кюрет, несмотря на наличие угла между рукояткой инструмента и рабочей частью в универсальных кюретажных ложках 80°, а в специальных – 60-70°. При использовании кюрет Грейси также происходит снятие поверхностного слоя цемента корня, вследствие чего нарушается его структурный рельеф.

На электроннограммах зубов (по данным РЭМ), обработанных магнитостриктивным скейлером, отмечается практически полное удаление зубных отложений. Поверхность цемента корня и эмали в области шейки зуба выглядят почти чистой от зубных отложений. На эмали зубов определяются участки как совершенно гладкие, так и несколько шероховатые, то есть формируется иррегулярная поверхность. Поверхностная структура цемента корня практически не нарушена.

При работе аппаратом Piezon-Master 600 наблюдается (по данным РЭМ) качественное снятие зубных отложений. Поверхностная структура эмали и цемента корня при этом не нарушена. На некоторых участках поверхности эмали хорошо определяются контуры эмалевых призм. Поверхность цемента корня на электроннограммах идентична поверхностному рельефу интактного цемента.

На электроннограммах зубов (по данным РЭМ), обработанных аппаратом «Vector», также определяется качественное снятие зубных отложений. При этом на поверхности пришеечной эмали и цемента корня зуба образуется пленка из твердого вещества, образованного частицами (размером 10 микрон) мелкодисперсной суспензии гидроксиапатита «Vector Fluid Polish». В ряде участков данная пленка имеет трещины, в связи с высушиванием препарата после проведенной лечебной манипуляции. Образование пленки из частиц гидроксиапатита на поверхностном рельефе эмали и цемента, по всей видимости, благотворно влияет на их жизнедеятельность. Это находит подтверждение в клиническом снижении гиперчувствительности зубов после снятия зубных отложений. Данная пленка сохраняется и через 1 неделю после лечебных манипуляций (при исследовании *in vitro*) как на поверхности пришеечной эмали, заполняя в том числе и ряд эмалевых отверстий, так и на цемента корня зуба, что имеет важное значение для обменных процессов твердых тканей зуба.

Таким образом, максимально негативные изменения в твердых тканях зуба из рассмотренных способов снятия зубных отложений выявляются при работе кюретами Грейси. А наименьшие нарушения микроструктуры твердых тканей зуба наряду с качественным снятием зубных отложений наблюдаются при использовании как аппарата Piezon-Master 600, так и особенно аппарата «Vector». Кроме того, малоинвазивность работы аппаратом «Vector» наряду с позитивным воздействием частиц гидроксиапатита способствуют созданию оптимального биологического состояния для твердых тканей зуба.

Полученные результаты необходимо учитывать врачам-стоматологам при рекомендации пациентам лечебных манипуляций в процессе лечения заболеваний пародонта. Хотелось бы отметить, что за стоматологом остается право выбора методики лечебной манипуляции с учетом индивидуальных особенностей стоматологического и соматического статуса пациента, социально-экономических условий, а также профессиональных предпочтений врача.

Под вторичной профилактикой заболеваний пародонта мы подразумеваем комплекс мероприятий, направленных на поддержание или улучшение состояния, достигнутого в процессе лечения ранних стадий заболевания (гингивита, пародонтита), предупреждение их прогрессирования и перерождения в более тяжелые состояния. Внедрение программы вторичной профилактики заболеваний пародонта стимулирует достижение оптимального результата лечения этой патологии, так как она может быть осуществлена лишь после стойкой стабилизации воспалительного процесса.

На основании результатов наших исследований мы пришли к выводу о необходимости включения в программу вторичной профилактики патологии пародонта следующих мероприятий:

- гигиеническое обучение (под контролем индексов РМА, ГИ, КПИ);
- профессиональная гигиена полости рта с использованием мануальных и ультразвуковых инструментов и аппаратов;
- индивидуальный подбор предметов и средств гигиены с учетом водородного показателя ротовой жидкости;
- ликвидация кариесогенности зубного налета и бактериальной активности содержимого зубодесневых карманов;
- физиотерапевтическое воздействие, направленное на поддержание физиологического уровня микроциркуляции и обмена веществ в тканях пародонта;
- консультации врачей-специалистов; диспансерное наблюдение.

Мы считаем, что наилучший результат программ профилактики заболеваний пародонта можно достичь только при орга-

низации специальной структуры, специалисты которой будут осуществлять все вышеперечисленные мероприятия. По-нашему мнению, это должен быть специализированный Центр, сотрудники которого могли бы не только высокопрофессионально осуществлять первичный осмотр пациентов, но и составлять план диагностических, профилактических или лечебно-профилактических мероприятий. Таким образом, соблюдение вышеуказанных рекомендаций позволит предотвратить возникновение, а в случае заболевания в значительной мере улучшить качество лечения патологии пародонта.

Литература

1. Варианты усовершенствования организации профилактики заболеваний пародонта / А.А. Кунин [и др.] // Сборник материалов 16 Всероссийской научно-практической конференции: труды XI Съезда СтАР, 8 съезда стоматологов России. М., 2006. С. 195–197.
2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. М.: Изд-во Медицинское информационное агентство, 2009. С.26–37.
3. Пародонтит / под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. М.: МЕД-пресс-информ, 2007. С. 109–152.
4. Регистрация морфологических изменений эмали и цемента зуба при различных способах снятия зубных отложений / А.А. Кунин [и др.] // Материалы 11 ежегодного научного форума «Стоматология 2009». М., 2009. С. 149–151.

MODERN LOOK AT THE PROBLEM OF WORKING OUT THE PROGRAMS PARODONTIUM TISSUE DISEASE PROPHYLAXIS

I.A. BELENOVA, E.S. KALININA, O.A. KUMIROVA, A.A. KUNIN, O.I. OLEINIK, T.A. POPOVA

Voronezh State Medical Academy after N. N. Burdenko, Russia
Therapeutic Stomatology Department

Issues of parodontium tissues diseases prevention programs working out considering an individual approach to dental and somatic patient status have been reviewed in the study.

Key words: parodontium, parodontium pathology prophylaxis, «Vector».

УДК 616.31-06-07-08

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.В. БОЛГОВ, Л.В. БУТ, О.Ю. ШАЛАЕВ, О.Н. ЧОПОРОВ*

В статье авторы анализируют результаты обследования 583 стоматологических больных с заболеваниями хирургического профиля. Даны параметры анамнестических, клинических и лабораторных характеристик стоматологических больных и оценка их значимости для решения задачи дифференциальной диагностики. Предложен комплексный подход, включающий всестороннее исследование контингента больных, анализ диагностической ценности отдельных параметров пациентов, разработку диагностических процедур.

Ключевые слова: электроодонтометрия, одонтогенный процесс, дифференциальная диагностика

Более 90% стоматологических заболеваний, с которыми ежедневно приходится сталкиваться хирургу-стоматологу в амбулаторных условиях, составляют хронические и обострившиеся периодонтиты, острый одонтогенный периостит челюстей, затрудненное прорезывание нижнего третьего моляра и хронический пародонтит. Несмотря на разрабатываемые на разных уровнях медико-экономические стандарты, пришедшие к нам на вооружение новые методики и технологии, проблема диагностики и выбора рационального метода лечения стоматологических заболеваний остается актуальной [4].

Для совершенствования дифференциальной диагностики необходим комплексный подход, включающий всестороннее исследование контингента больных, анализ диагностической ценности отдельных параметров пациентов, разработку диагностических процедур [2]. С учетом сложности решаемой задачи целесообразно использование многоэтапной диагностической

процедуры, при которой первоначально устанавливается общий диагноз: «затрудненное прорезывание», «острый одонтогенный процесс», «хронический процесс», а затем решается задача дифференцирования заболевания внутри отдельной группы (рис.).

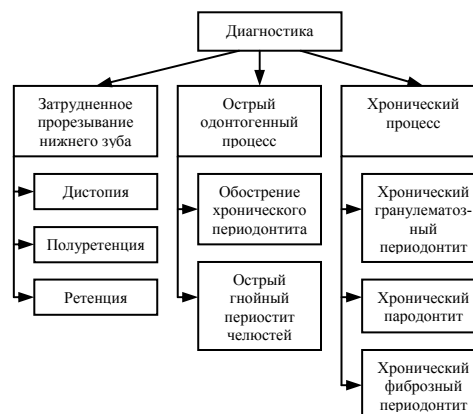


Рис. Общая схема процедуры дифференциальной диагностики стоматологических больных

Большую роль при построении диагностических процедур имеет информация о ценности отдельных характеристик стоматологических больных. В связи с чем, целью проведенного исследования являлось исследование анамнестических, клинических и лабораторных параметров стоматологических больных и оценка их значимости для решения задачи дифференциальной диагностики.

Материалы и методы исследования. Исходным материалом для исследования диагностических признаков служила сформированная информационная база, включающая информацию о 583 стоматологических больных (согласно формулам, представленным в [3], для получения репрезентативного объема наблюдений, при ошибке $\Delta \leq 0,05$ и $p < 0,05$ необходимо исследовать не менее 400 больных). Из множества характеристик был отобран 121 показатель, представляющий интерес с диагностической точки зрения, в том числе пол, возраст, место жительства, локализация причины заболевания, местные жалобы, функциональные нарушения, общие жалобы, причина удаления зуба, анамнез заболевания, анамнез жизни, перенесенные и сопутствующие заболевания, данные внешнего осмотра и осмотра полости рта, данные рентгенографии, лабораторные показатели.

Все больные были разбиты на 3 большие группы и 8 подгрупп. Группа 1 «Больные с затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости» (93 чел.) включает три подгруппы: 1.1 «Дистопия» (23 чел.), 1.2 «Полуретенция» (38 чел.) и 1.3 «Ретенция» (32 чел.).

Группа 2 «Больные с острым одонтогенным процессом» (281 чел.) включает две подгруппы: 2.1 «Обострение хронического периодонтита» (204 чел.) и 2.2 «Острый гнойный периостит» (77 чел.).

Группа 3 «Больные с хроническими процессами» (209 чел.) включает три подгруппы: 3.1 «Хронический гранулематозный периодонтит» (51 чел.), 3.2 «Хронический пародонтит» (15 чел.) и 3.3 «Хронический фиброзный периодонтит» (143 чел.).

Оценка диагностической значимости характеристик производилась на основе результатов сравнения выделенных групп с использованием t-критерия Стьюдента, для чего, в соответствии с предполагаемыми диагностическими моделями, осуществлялось попарное сравнение всех групп больных по каждой из 121 характеристики.

Для оценки достоверности различия характеристик в сравниваемых группах по каждому показателю было рассчитано выборочное среднее, а также 95-ти процентные доверительные интервалы для генеральных средних [1]:

$$\bar{x} - \Delta_{\bar{x}} \leq \bar{x} \leq \bar{x} + \Delta_{\bar{x}}, \quad \Delta_{\bar{x}} = \mu_{\bar{x}} \cdot \frac{s}{\sqrt{n}}, \quad \mu_{\bar{x}} = \frac{s}{\sqrt{n}}$$

где $\bar{x}$ – генеральная средняя, $\bar{\bar{x}}$ – выборочная средняя, $\Delta_{\bar{x}}$ – предельная ошибка выборочной средней, $\mu_{\bar{x}}$ – средняя квадратичная

* ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко», 394000, Воронеж, ул. Студенческая, 10; тел. (4732) 52-37-78, e-mail: doctor_shalaev@mail.ru.