

лечения. В КГ на данный момент времени не было ни одного случая с отличной адаптацией. Результаты лечения не изменились в 1-й и 2-й группах через 6 месяцев и через 1 год. То же можно сказать и в отношении КГ, но результаты лечения кариеса по критерию цветоадаптации пломб остались низкими.

Таблица 9

Качество краевой адаптации пломбы у детей (P±mp,%)

Краевая адаптация	1-я группа	2- группа	КГ
Через 2-3 дня:			
Отличная	94,7±2,0	100,0	4,5±1,9
Удовлетворительная	5,3±2,0	0,0	75,2±3,9
Неудовлетворительная	0,0	0,0	20,3±3,7
Через 6 месяцев:			
Отличная	94,7±2,0	100,0	4,5±1,9
Удовлетворительная	5,3±2,0	0,0	75,2±3,9
Неудовлетворительная	0,0	0,0	20,3±3,7
Через 1 год:			
Отличная	94,7±2,0	100,0	4,5±1,9
Удовлетворительная	5,3±2,0	0,0	75,2±3,9
Неудовлетворительная	0,0	0,0	20,3±3,7

Преимущества разработанных методов терапии кариеса у детей имеются по критерию «краевая пигментация» (рис.). Последняя отсутствовала на 2–3 день у всех лиц 2-й группы и большей части 1-й группы. В КГ в эти дни было обратное соотношение: чаще у детей имелась краевая пигментация на пролеченных зубах и у ~5% – ее не было. Результаты лечения остались без изменений во всех группах через 6 месяцев и через 1 год.

Таблица 10

Характеристика цветоадаптации кариозных зубов (P±mp,%)

Критерий цветоадаптации	1-я группа	2- группа	КГ
Через 2-3 дня:			
Отличная	89,5±2,8	90,5±2,7	0,0
Удовлетворительная	10,5±2,8	9,5±2,7	68,4±4,2
Неудовлетворительная	0,0	0,0	31,6±4,2
Через 6 месяцев:			
Отличная	89,5±2,8	90,5±2,7	0,0
Удовлетворительная	10,5±2,8	9,5±2,7	68,4±4,2
Неудовлетворительная	0,0	0,0	31,6±4,2
Через 1 год:			
Отличная	89,5±2,8	90,5±2,7	0,0
Удовлетворительная	10,5±2,8	9,5±2,7	65,0±4,4
Неудовлетворительная	0,0	0,0	35,0±4,4

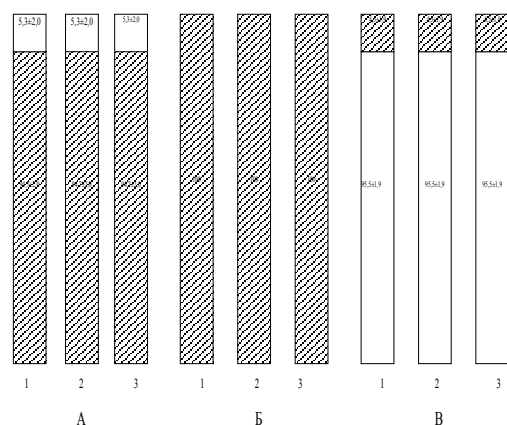


Рис. Краевая пигментация на поверхности зуба через 2-3 дня (1), через 6 месяцев (2) и 1 год (3) в 1-й (А), 2-й (Б) и КГ (В) группах (P±mp, %), штриховка – отсутствие краевой пигментации, иначе – наличие

Заключение. Клиническая оценка методов лечения и реабилитации детей с патологией молочных зубов показали их эффективность по большинству критериев, кроме наличия «сухого» блеска. При этом лучшее качество установлено в отношении метода, включающего ультрафонофорез, иглорефлексотерапию до и после пломбирования.

Литература

1. Аракелян И.Р. Клинико-лабораторные исследования отечественных герметиков для запечатывания фисур химического

«Фиссил» и светового «Фиссил С» отверждения: Автореф. дис...канд. мед. наук.– М., 2001.– 23 с.

2. Бикулич И.В. // Мат-лы XII и XIII Всерос. научно-практ. конф. и труды IX съезда стоматол. ассоц. России.– М., 2004.– С. 130–132.

3. Гройсман С.И. Клинико-лабораторное исследование отечественных композитных материалов химического отверждения «Призма» и светового отверждения «Призмафил»: Автореф. дис...канд. мед. наук.– М., 2001.– 23 с.

4. Хубиев Х.М. Состояние и перспективы повышения качества стоматологического лечения и профилактики в Карачаево-Черкесской республике: Автореф. дис...канд. мед. наук.– М., 2001.– 23 с.

5. Fortin D., Vargas M.A. // J. Am. Dent. Assoc.– 2000.– Vol. 131.– P. 26–30.

УДК 615.477.2; 618-089.28/29; 616.378-008.64

ВЛИЯНИЕ БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В.В. САРАДЖЕВ, Р.А. БРЕУСОВ*

Одной из актуальнейших проблем ортопедической стоматологии является протезирование зубных рядов у больных сахарным диабетом. У данной категории больных часто возникает пародонтит, что приводит к утрате зубов и ослаблению пародонта оставшихся зубов. В связи с этим очень важно не перегрузить ткани протезного ложа, так как перегрузка ведёт к обострению пародонта и ухудшению клинической ситуации в полости рта. В Центральном округе нуждаются в протезировании зубов около 70% больных сахарным диабетом, из них 56% – в протезировании с применением съёмных конструкций (из съёмных 10% – полные, 46% – частичные съёмные протезы). Большинство материалов, используемых для изготовления зубных конструкций, являются жесткими по биомеханическим свойствам по отношению к тканям пародонта. Это касается цельнолитых бюгельных протезов, поскольку они наиболее часто применяются для протезирования данной категории больных. Бюгельный протез передает жевательное давление на протезное ложе через опорные зубы и слизистую оболочку; важно сделать верные расчёты конструкции, выбрать материал, максимально совместимый по биомеханическим свойствам с живыми тканями человеческого организма. Таким является сплав сверхэластичного никелида титана.

Цель исследования – изучение отдаленных результатов протезирования зубных рядов у пациентов, страдающих сахарным диабетом, при применении сверхэластичного сплава никелида титана для изготовления цельнолитых бюгельных и съёмных протезов.

Материалы и методы. В основу работы легли морфологические исследования биопсийного материала из зоны давления седла бюгельного протеза из кобальтохромового сплава и сверхэластичного сплава никелида титана на слизистую полость рта. Биоптический материал брали путем среза слизистой в зонах давления через 0,5 года, 1 год и 2 года после протезирования. Под аппликационной анестезией делали срез кусочков слизистой размером 1.5×1,5 мм, затем их фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Парафиновые срезы толщиной 10–15 мкм из каждого блока красили гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону. Препараты просматривали в световом микроскопе и фотографировали.

Результаты. Морфологический анализ биоптического материала из зоны седла бюгельного протеза со слизистой показал, что через 0,5 года после установки протеза из кобальтохромового сплава (КХС) в эпителии слизистой имеется акантоз. В зоне акантотических тяжей имеется грубый склероз. Эпителиальная ткань дифференцируется по слоям.

Через 1,5 года после установки протеза из сплава КХС под седлом бюгеля, в зоне акантотических тяжей наблюдается хроническое воспаление – инфильтрация лимфоцитами, макрофагами, сегментоядерными элементами. В зоне этих инфильтратов определяется грубый склероз, новообразование сосудов. Через 2 года после установки бюгельного протеза из сплава КХС в эпителии слизистой оболочки наблюдается значительная пролиферация всех слоев. Акантотические тяжи глубоко проникают в собственную пластинку слизистой. Эпителиальный пласт содержит четко дифференцируемый роговой слой, где полностью отсутствуют ядра эпителиальных клеток. В эпителии имеет-

* г. Москва, Российский университет дружбы народов

ся выраженный зернистый слой с накоплением в клетках зерен кератогиалина. Практически эпителий слизистой подвергается трансформации в многослойный плоский ороговевающий.

В зонах давления бюгельного протеза на слизистую имеет-ся воспалительная реакция в эпителии с последующей его метаплазией, что является компенсацией на давление протеза.

При анализе кусочков, взятых из зоны давления дуги (сверх-эластичного сплава никелида титана), наблюдается акантоз уже через 1 год после установки протеза. Но в сравнении с предыдущей группой толщина эпителиального пласта была меньше, а аканто-тические тяжи лежали неплотно, с большим количеством соедини-тельно-тканной стромы, в подэпителиальной ткани – грубые пере-плетения коллагеновых волокон.

По прошествии 1,5–2 лет картина слизистой стабильна, без нарастания эпителиального пласта. В ряде участков – гиперкератоз поверхностных слоев эпителия, но метаплазии в многослойный плоский ороговевающий эпителий не происходило.

Компенсация сдавления слизистой осуществлялась исклю-чительно за счет небольшой гиперплазии и пролиферации эпители-ального пласта без метаплазии в многослойный плоский ороговеваю-щий эпителий. В мезенхимальных структурах слизистой также часто шло увеличение числа грубопереплетенных коллагеновых волокон, что также следует отнести к процессам компенсации.

Сравнение 2-х групп лиц с сахарным диабетом, по материа-лам биопсийного исследования, свидетельствует о том, что компен-саторные процессы при применении цельнолитых бюгельных протез-ов из кобальтохромового сплава выражены сильнее и перехо-дят на уровень патологической регенерации (метаплазии). В случае цельнолитых бюгельных протезов из сверхэластичного сплава никелида титана компенсация носит обычный характер.

УДК 616-084; 616.31

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕ-СКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Д.И. КИЧА, В.В. САРАДЖЕВ, Б.М. КАПЛАН*

Одной из проблем совершенствования стоматологической помощи является профилактика стоматологических заболеваний. Это подтверждается выявленными среди обследованных моло-дых людей высокой распространенности кариеса зубов ($92,7 \pm 1,21\%$), высокой интенсивности кариозного процесса (средний уровень КПУз равняется $5,08 \pm 0,08$; удельный вес зубов с не вылеченным кариесом в структуре КПУз достигает $29,9\%$; удельный вес лиц с высоким уровнем КПУз составляет $23,1\%$) и высокой распространенность поражений парадонта по индексу CRITN ($93,5 \pm 1,04$). В основе системы профилактики стоматоло-гических заболеваний должны быть программы профилактики – единая общегосударственная и частные региональные.

В стране нет единой программы профилактики стоматоло-гических заболеваний, как нет и средств на ее реализацию. Поли-тико-экономическая ситуация в стране такова, что в ближайшие 5–10 лет вряд ли следует ожидать каких-либо централизованных бюджетных вложений в профилактику.

Внедрение в практику методов профилактики снижает уро-вень распространенности стоматологических заболеваний.

Опыт, накопленный за период введения программы профи-лактики (Минздрав бывшего СССР, 1978), свидетельствует о том, что эффективность предупреждения кариеса зубов и заболеваний пародонта во многом зависит от последовательности действий организаторов здравоохранения, вовлечения в эту деятельность всего населения, начиная с раннего детского возраста.

Основным и общедоступным направлением профилактики стоматологических заболеваний является гигиена полости рта. Детей к регулярной чистке зубов целесообразно приучать с 2,5–3 лет. Чистку поначалу рекомендуется проводить без зубной пасты (чтобы предупредить проглатывание ее ребенком), а затем с при-менением детской пасты. Врачи должны обучать родителей пра-вилам пользования зубной щеткой.

Отношение к стоматологической помощи анализировалось среди молодых людей, чье состояние стоматологического здоро-вья имело хотя бы минимальные отклонения от оптимального. К таковым отнесены те, кто при ответе указал на наличие каких-либо стоматологических заболеваний. Среди всех респондентов доля таких лиц составляла $97,3\%$. В группе девушек их удельный вес был $97,8\%$, юношей – $96,8\%$. Среди 15–16-летних он состав-лял $95,7\%$, среди 17–18-летних – $97,6\%$, а среди 19–20-летних – уже $100,0\%$. Не во всех семьях приняты чистка зубов после приема пищи для удаления с зубов всех остатков.

Помимо обычных зубных щеток надо использовать специ-альные зубные щетки для очистки труднодоступных поверхно-стей и ортодонтических аппаратов, зубочистки и межзубные нити (флоссы). Использование детьми флоссов является наиболее сложным моментом чистки зубов. Лечебные свойства паст обес-печивает введение в их состав биоактивных веществ, обладаю-щих противовоспалительными и противокариозными свойствами. Наибольшее распространение получили фторсодержащие пасты, признанные как самое противокариозное средство. Введение фтора сочетают с добавлением антибактериальных средств, влияющих на микрофлору зубной бляшки (триклозан).

По рекомендации ВОЗ, оптимальная концентрация ионов фтора в зубных пастах равняется $0,1\%$. В составе зубных паст для взрослых находится $0,11 \pm 0,76\%$ фторида натрия или $0,38 \pm 1,14\%$ монофторфосфата натрия. Детские зубные пасты должны содер-жать фториды лишь до $0,023\%$. Поэтому ребенку дошкольного или младшего школьного возраста не следует давать фторсодер-жащую зубную пасту, используемую родителями.

Неудовлетворительная гигиена полости рта является глав-ной причиной гингивитов и пародонтитов. Правильная чистка зубов важна не только как основной метод профилактики заболе-ваний пародонта, но и как средство их лечения на начальных стадиях. Хорошим дополнительным средством гигиены полости рта является качественная жевательная резинка, содержащая сахарозаменители (ксилит). Основной профилактический эффект, создаваемый резинкой, заключается в увеличении слюноотделе-ния в 3 раза. При этом происходит омывание труднодоступных участков зубного ряда. На этом фоне улучшается клиренс сахаро-зы из слюны и нейтрализуется кислота зубного налета.

Длительность жевания резинки надо ограничить 20 мин. Ополаскиватели или эликсиры содержат биоактивные добавки, улучшающие очищение зубов, предупреждают образование зуб-ного налета и камня, воспаление слизистой оболочки. Охрана стоматологического здоровья должно начинаться с профилакти-ки, проводимой с детского возраста.

УДК 615.84

ИССЛЕДОВАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СПОСОБОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗОНАН-СА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

А.А. КУЗЬМИН*, Т.В. ПРОНИН*, С.А. ФИЛИСТ*

Первичные механизмы возникновения многих болезней связаны с нарушениями функций управления, что приводит к запуску компенсаторных, приспособленческих реакций, которые обеспечиваются дублирующими системами управления, в ре-зультате чего организм как функциональная система переходит на другой уровень функционирования с изменением рабочих параметров за предел физиологической нормы. От того, какая управляющая система вносит основной вклад в поддержание патологических значений рабочих параметров во многом зависит тактика лечения. Одной из важнейших управляющих систем является вегетативная нервная система (ВНС). Общее состояние ВНС можно изучать по работе отдельных ее подсистем. Сущест-

* г. Москва, Российский университет дружбы народов

* 305040, г. Курск, л. 50 лет Октября, 94. КГТУ. Кафедра Биомедицинской инженерии