

гидропрессивных технологий». Анестезиология и реаниматология. - 1998. - № 6. - С. 56-58.

12. Dougherty T.J., Gomer C., Henderson B., Jori G., Kessel D. et al. Photodynamic therapy [Review] // J. Natl. Cancer Inst. 1998. Vol. 90. № 12. P. 889—905.

13. Henderson B.W., Dougherty T.J. How does photodynamic therapy work? // Photochem. Photobiol. 1992. Vol. 55. № 1. P. 45—57.

14. Muschter R. Photodynamic therapy: a new approach to prostate cancer // Curr. Urol. Rep. 2003. Vol. 4. № 22. P. 1—8.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2019.4.62.112](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.4.62.112)

Петрикас И.В.

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО Тверской ГМУ, г. Тверь,

Диментенко С.Е.

врач терапевтического отделения ГБОУ ВПО Тверской ГМУ, г. Тверь,

Савосина А. В.

студентка стоматологического факультета ГБОУ ВПО Тверской ГМУ, г. Тверь

АННОТАЦИЯ.

В данном исследовании представлены отдаленные результаты комплексного лечения и протезирования пациентки с пародонтитом тяжелой степени тяжести. Результаты объективно подтверждены инструментальными методами (Florida Probe). Сделаны следующие выводы: в результате комплексного подхода к лечению пациентки с заболеванием пародонта: лоскутных операций, рационального протезирования, соблюдения пациенткой рекомендаций по уходу за полостью рта, мы получили удовлетворительный отдаленный результат через 9 лет.

ANNOTATION.

There are remote results of prosthodontics and complex treatment of the generalized severe chronic periodontitis patient in this research. The results are objectively confirmed with instrumental methods (Florida Probe). Conclusions: we have got satisfactory remote results after 9 years because of complex approach to treatment of a periodontitis patient that includes flap operations, rational prosthodontics treatment, patient's compliance with the recommendations for oral care.

Ключевые слова: пародонтит, Florida Probe, лоскутные операции, комплексное лечение.

Key words: periodontitis, Florida Probe, flap operations, complex treatment.

Постановка проблемы.

Пародонтология представляет собой обязательный фундамент любого лечения, без которого достижение долговременного результата невозможно. Кроме того, сегодня уже совершенно очевидно, что отсутствие воспаления пародонта имеет большое значение не только для сохранения зубов, но и с точки зрения сохранения здоровья всего организма в целом [Hanssler F. 2015г., Шахбазов 2009г.].

Анализ последних исследований и публикаций.

Любое пародонтологическое лечение должно быть спланировано и обосновано, особенно если пациенту необходимо протезирование. Многие современные зарубежные и отечественные исследователи говорят о том, что залог успеха лечения пародонтологического пациента заключается в комплексном, рациональном подходе специалистов-стоматологов, эндокринологов, диетологов и т.д. [Путинцев С. Б. 2009г., Белоусов Н.Н. 2009г., Маскурова Ю.В. 2018г.]. Лоскутные операции при пародонтите способствуют стабилизации пародонта, ликвидации пародонтальных карманов, уменьшению атрофии костной ткани, снижению подвижности зубов [Антидзе М.К. 2013г., Ю.М. Максимовский с соавт., 2013г., Mdala I. 2014г.].

Выделение ранее нерешенных частей общей проблемы.

1. Провести оптимальное комплексное лечение пациентки в данной клинической ситуации,
2. Получить отдаленные результаты лечения через 9 лет.

Цель работы: оценить отдаленные результаты комплексного лечения ортопедической пациентки с заболеванием пародонта.

Изложение основного материала.

Пациентка С., 46 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии г. Твери с жалобами на нарушение функции жевания в связи с потерей зубов и их подвижностью.

Из анамнеза выявлено, что посещала пародонтолога 2 раза в год в течение 4 последних лет, где проводилась противовоспалительная терапия, снятие зубных отложений, профессиональная чистка зубов. После потери зуба 1.6 в результате осложнений кариеса, обратилась к ортопеду стоматологу для протезирования. Ранее была протезирована мостовидными протезами на нижнюю челюсть с опорами а зубы 3.7, 3.4, 4.5, 4.7.

Обследование полости рта.

Слизистая оболочка темно-розового цвета. Прикус дистальный. В области зубов 1.7, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 3.3, 3.1, 4.1, 4.2, 4.1 десна отечна, кровоточит. Зубы 2.1, 2.2, 3.1, 4.1 - имеют подвижность 1 степени.

Исследование Florida Probe (рис. 1).

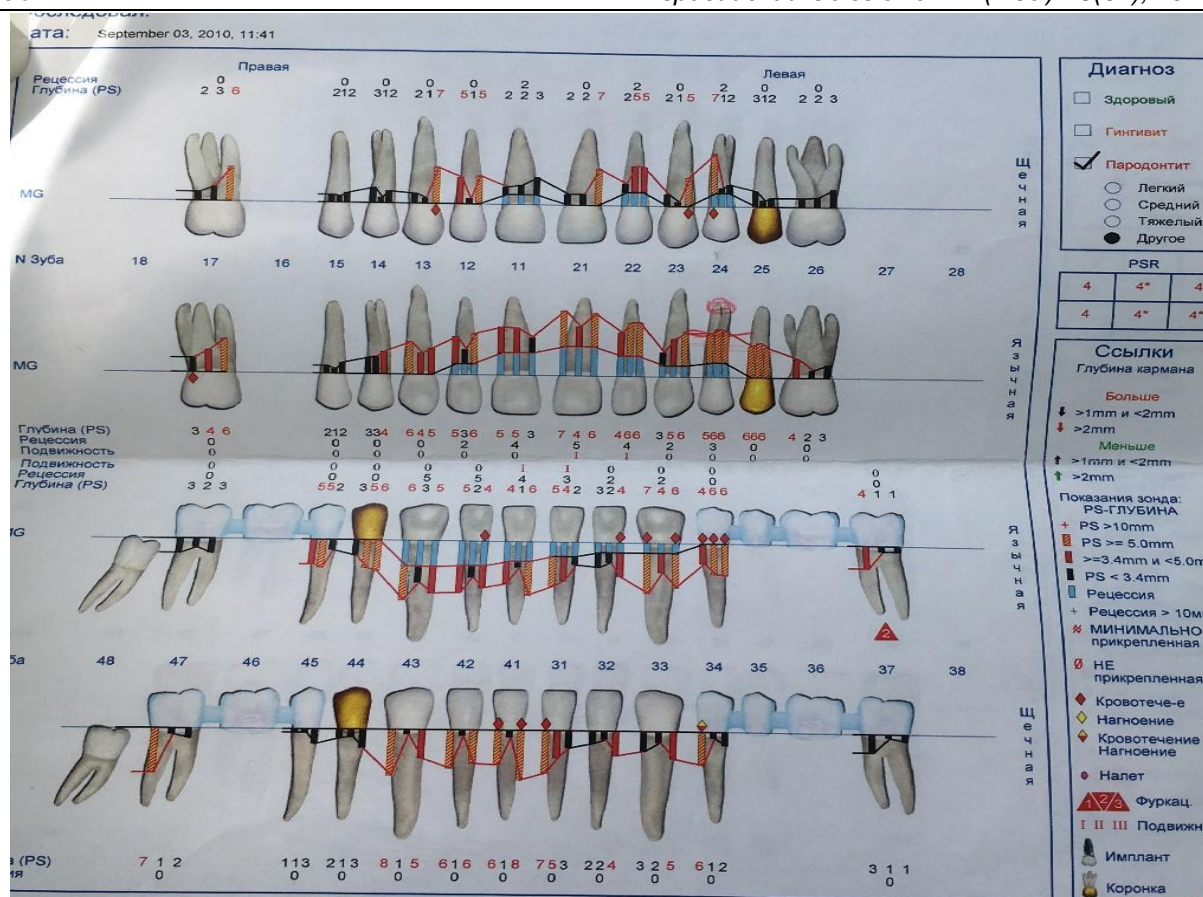


Рис. 1. Инструментальное исследование пародонта пациентки в 2010г.

Патологические карманы зафиксированы в зоне 23 зубов: 1.7, 1.5, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.7, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7

Глубина пародонтальных карманов до 8 мм

Кровоточивость при зондировании зафиксирована в области 10 зубов: 1.7, 1.3, 2.3, 2.4, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2.

Нагноение зафиксировано в области 1 зуба: 3.4.

В зоне 12 зубов имеется рецессия: 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3.

Величина рецессий в области зубов обеих челюстей до 5 мм.

Подвижность зубов I степени зафиксирована в области 4 зубов: 2.1, 2.2, 3.1, 4.1.

Фуркационный дефект II класса в области 1 зуба: 3.7.

После клинического и инструментального исследования пациентке был поставлен диагноз:

- Частичная потеря зубов на верхней челюсти (2 класс Кеннеди, 3 класс Гаврилова),
- Частичная потеря зубов на нижней челюсти (3 класс Кеннеди, 2 класс Гаврилова)
- Дефекты коронок зубов 2.5, 3.7, 3.4, 4.4, 4.5, 4.7.,
- Функциональная перегрузка зубов. Комбинированная травматическая окклюзия,
- Генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести.

Запланировано и осуществлено следующее лечение:

✓Депульпирование зубов на верхней и нижней челюсти,

✓Лоскутные операции на 6 сегментах (боковые и передние отделы верхней и нижней челюсти),

✓протезирование объединенными металлокерамическими коронками на верхней челюсти,

✓протезирование металлокерамическими мостовидными протезами на нижней челюсти с опорами 3.4, 3.7, 4.3, 4.4, 4.5, 4.7,

✓вантовое шинирование арамидной нитью (по Ряховскому) переднего отдела нижней челюсти.

Пациентке были даны рекомендации по уходу за полостью рта, посещению пародонтолога, диетолога и эндокринолога.

Повторное обращение пациентки в клинику через 9 лет после проведенного лечения.

Пациентка жалуется на боли в области зуба 1.7. На прицельной рентгенографии - кариес корня зуба 1.7.

Из анамнеза.

Пациентка регулярно посещала пародонтолога и проводила гигиенические процедуры, рекомендованные ортопедом.

Объективно.

Слизистая темно-розового цвета, зубы 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, - имеют подвижность 1 степени.

Исследование Florida Probe (рис. 2).

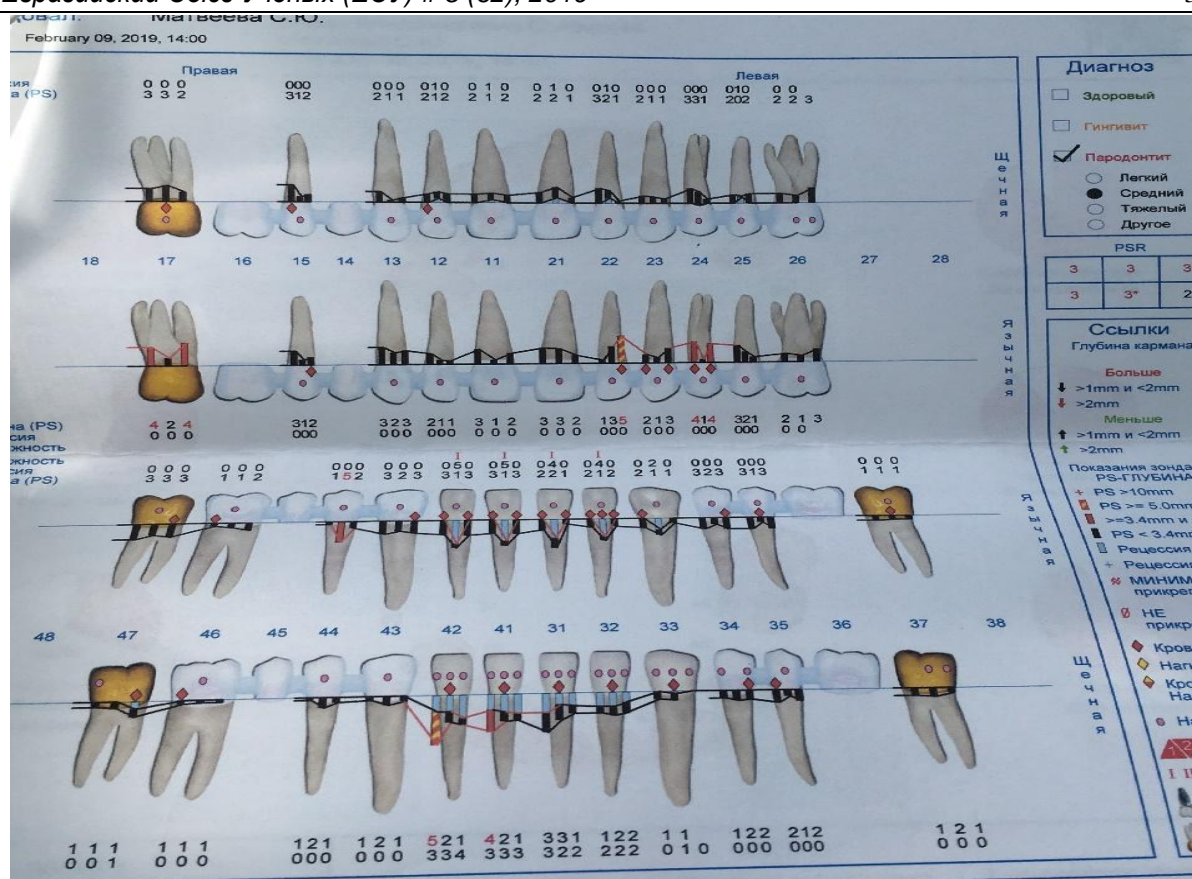


Рис. 2. Инструментальное исследование пародонта пациентки в 2019г.

Патологические карманы зафиксированы в зоне 23 зубов: 1.7, 1.5, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.7, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7

Глубина пародонтальных карманов до 5 мм

Кровоточивость при зондировании зафиксирована в области 17 зубов: 1.7, 1.5, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 3.7, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.6, 4.7

В зоне 11 зубов имеется рецессия: 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.5, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.7

Величина рецессий в области зубов верхней челюсти до 1 мм, нижней - преимущественно до 3 мм, за исключением зуба 4.2 (величина рецессии достигает 4 мм).

Подвижность зубов I степени зафиксирована в области 4 зубов: 3.1, 3.2, 4.1, 4.2.

Результаты.

По сравнению с 2010 годом у пациентки уменьшилась глубина пародонтальных карманов - с 8 мм (тяжелая степень пародонтита) до 5 мм (средняя степень пародонтита). В 2019 году у пациентки отсутствуют признаки нагноения в пародонтальных карманах, но увеличилось количество зубов с признаками кровоточивости при зондировании пародонтальных карманов (с 10 до 17). Незначительно уменьшилось количество зубов, в области которых обнаружена рецессия (с 12 до 11), а также уменьшилась величина рецессий (с 5 мм до 4 мм). Исчезла подвижность в области зубов 2.1, 2.2 за счет шинирующей конструкции, но появилась подвижность зубов в области 3.3, 4.2. В

2019 году у пациентки отсутствует фуркационный дефект.

Выводы: В результате комплексного подхода к лечению пациентки с заболеванием пародонта: лоскутных операций, рационального протезирования, соблюдения пациенткой рекомендаций по уходу за полостью рта, мы получили удовлетворительный отдаленный результат через 9 лет.

Литература

1. Антидзе М. К. Оценка комплексного лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом на основании клинико-лабораторных показателей // автореферат диссертации. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова. - 2013г. - 39с.
2. Белоусов Н. Н. Основные принципы диагностики, лечения и прогнозирования течения тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта // автореферат диссертации. - Тверь. - 2009г. - 43с.
3. Маскурова Ю.В. Повышение эффективности комплексного лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне постоянного стресса // Ю.В. Маскурова, ЗВ Лалиева, Т.В. Гавронская, О.Н. Рисованная // Современные проблемы науки и образования (электронный научный журнал). - 2018г. - <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28471>
4. Путинцев С. Б. Обоснование выбора конструкционного материала и технологии несъемных протезов у больных хроническим генерализован-

ным пародонитом (клинико-лабораторное исследование)// автореферат диссертации. - Омск.- 2009.- 34с.

5.Шахбазов К.Б. Метод консервативного лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с инсулинзависимым сахарным диабетом/ К.Б. Шахбазов //Клиническая стоматология 2009.- N 3.-С.36-38.

6.Hanssler F., Salenbauch N. Пародонтология как основа концепции лечения /F. Hanssler, N.

Salenbauch// Новое в стоматологии 2015.-N 4.- С.20-29.

7.Mdala I. Comparing clinical attachment level and pocket depth for predicting periodontal disease progression in healthy sites of patients with chronic periodontitis using multi-state Markov models/ I.Mdala, I. Olsen, AD Haffajee, SS Socransky, M. Thoresen, BF de Blasio// J Clin Periodontol. 2014 .- Sep;41(9).- P.837-845.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ОДНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ В Г. МОСКВЕ. ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ.

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2019.4.62.109](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.4.62.109)

Сандаков Я.П.

кандидат медицинских наук, доцент, заместитель главного врача по медицинской части, Диагностический центр №3 Департамента здравоохранения г.Москвы, Россия, Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва

FOLLOW-UP CARE DUE TO ONE DISEASE IN MOSCOW. SPECIFICATIONS AND PECULIARITIES.

Sandakov Ya.P.

Diagnostic Centre №3 of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation, Academy of postgraduate education under FSBU FSCC of FMBA of Russia

Цель. Изучить особенности обращения за медицинской помощью пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по одному заболеванию.

Материалы и методы. Выполнен анализ сведений выкопировки 402 медицинских карт лиц, находящихся под диспансерным наблюдением по одному заболеванию, с применением методов описательной и индуктивной статистики.

Результаты. В изучаемой группе женщин 60%, пенсионеров 77,5%. Трудоспособных мужчин больше, чем трудоспособных женщин ($\varphi^* \text{эмп} = 3.242$, $p < 0,001$). Средний возраст пациентов $68,3 \pm 16,4$ лет. В 81% случаев причиной диспансерного наблюдения являются болезни сердечно-сосудистой системы. Средняя продолжительность болезни по основному заболеванию $10,5 \pm 6,4$ лет, длительность диспансерного наблюдения - $6,4 \pm 2,6$ лет ($t = 10,0$ $p < 0,001$). Среднее число запланированных посещений составило $2,0 \pm 0,34$, фактических - $1,8 \pm 0,5$ ($t = 5,5$ $p < 0,001$). Частота фактических посещений не зависит от возраста ($\chi^2 = -0,04$ $p = 0,6$), от пола ($t = 0,3$, $p = 0,8$), продолжительности заболевания ($\chi^2 = 0,02$ $p = 0,8$), длительности диспансерного наблюдения ($\chi^2 = -0,04$ $p = 0,6$), сопутствующих заболеваний ($\chi^2 = 0,02$ $p = 0,1$). Обострения были зафиксированы у 87,5% пациентов, инвалидность - 43,5%, обращения за скорой и неотложной медицинской помощью - у 28,5%, госпитализации - у 28,5%, из них экстренные госпитализации - у 35,7%.

Выводы. Мужчины трудоспособного возраста являются группой риска по развитию неинфекционных хронических заболеваний; качество диспансерного наблюдения неудовлетворительное; высокое влияние сопутствующих заболеваний на обращаемость за медицинской помощью; регулярность посещений выше среди лиц, которым было запланировано 2 посещения в год; приверженность лечению пациентов зависит от психологических характеристик пациента; диспансерное наблюдение узкими специалистами не более результативно; до наступления инвалидности пациенты чаще направляются на оказание специализированной помощи.

Aim. To study the peculiarities of applying for medical care of patients who are under dispensary supervision because of one disease

Materials and methods. Analysis of medical records of 402 dispensary patients with one major disease using methods of descriptive and inductive statistics

Results. In the studied group of women, 60%, pensioners 77.5%. the proportion of able-bodied men is greater than able-bodied women ($\varphi * \text{emp} = 3.242$, $p < 0.001$). The average age of the patients was 68.3 ± 16.4 years. In 81% of cases, the reason for dispensary observation is diseases of the cardiovascular system. The average duration of the underlying illness is 10.5 ± 6.4 years, the duration of follow-up is 6.4 ± 2.6 years ($t = 10.0$ $p < 0.001$). The average number of planned visits was 2.0 ± 0.34 , actual - 1.8 ± 0.5 ($t = 5.5$ $p < 0.001$). The frequency of actual visits does not depend on the age ($\chi^2 = -0.04$ $p = 0.6$), from the sex ($t = 0.3$, $p = 0.8$), duration of the disease ($\chi^2 = 0.02$ $p = 0.8$), duration of dispensary follow-up ($\chi^2 = -0.04$ $p = 0.6$), concomitant diseases ($\chi^2 = 0.02$ $p = 0.1$). Exacerbations were noted in 87.5% of patients, disability - 43.5%, calls for urgent medical services - in 28.5%, hospitalization - in 28.5%, of which cases of emergency hospitalization - 35.7%.

Conclusion. Men of working age are at risk of developing non-infectious chronic diseases; the quality of dispensary follow-up is unsatisfactory; high impact of concomitant diseases on the use of medical care; the regu-