

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

ВИТЕБСК – 2012

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

СТОМАТОЛОГИЯ

ПРОФИЛАКТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Богрова Е.А.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. 100% распространенность болезней зубов вынуждает каждого человека обращаться за помощью к врачу-стоматологу уже с детского возраста, причем делать это приходится не один раз. Таким образом, стоматологическая помощь – наиболее массовый вид специализированной медицинской помощи.

По данным различных авторов среди пациентов амбулаторного стоматологического приема не менее 30% отягощены различными общесоматическими заболеваниями в компенсированной форме. Стоматологическое лечение таких пациентов может сказываться на их общем состоянии, усугубляя и осложняя (с риском для жизни больного) течение сопутствующего заболевания [1], и наоборот, наличие сопутствующей патологии может привести к неудаче стоматологического лечения, провоцируя развитие различных осложнений, как при проведении стоматологических манипуляций, так и после вмешательства. Поэтому лечение таких пациентов необходимо проводить с осторожностью, должен осуществляться сознательный выбор тех средств и методов стоматологического лечения, которые были бы направлены на профилактику нежелательных осложнений.

Прежде всего, изменения в организме связанные со стоматологическим лечением это, следствие развития в ответ на проводимые стоматологические манипуляции стрессорной реакции со всеми ее проявлениями. Как известно, челюстно-лицевая область, в силу своих топографических и функциональных особенностей имеет очень хорошую иннервацию и кровоснабжение, поэтому даже небольшие по объему вмешательства вызывают значительные болевые переживания и, соответственно, запускают механизмы стресса. Однако стрессорная реакция может развиваться даже при проведении у пациента адекватного местного обезболивания. При этом на первый план выходят страх и тревожность перед стоматологическим лечением, связанные с предыдущим опытом лечения у стоматологов, рассказами других пациентов. Такой пациент даже если не чувствует болевых ощущений при проведении различных манипуляций, то постоянно находится в напряжении, ожидая появления боли. У эмоционально лабильных больных стрессорными раздражителями могут быть яркий свет, звук работающей бормашины, вид шприца с иглой и далее. Также следует отметить, что изменения гомеостаза, характерные для стресса могут наблюдаться еще до стоматологического вмешательства, при длительном ожидании приема.[2].

Постепенно увеличивается число пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе и из-за увеличивающейся пропорции пожилых пациентов и больных, страдающих от нескольких болезней. Именно у этих пациентов риск развития осложнений во время оказания стоматологической помощи выше, чем у здорового человека.[3].

Поэтому врач-стоматолог должен оказывать квалифицированную медицинскую помощь в полном объеме и всем категориям населения: взрослым, детям, практически здоровым и пациентам с хроническими заболеваниями и физическими недостатками, осуществляя осознанный выбор тех средств и методов стоматологического лечения, которые направлены на профилактику нежелательных осложнений.

Цель. Провести анкетирование пациентов на стоматологическом приеме на предмет наличия сопутствующей патологии и факторов риска с целью определения путей профилактики неотложных состояний. Проанализировать распространенность сопутствующих заболеваний и других факторов риска у стоматологических пациентов. Определить основные направления профилактики критических состояний.

Материал и методы. Работа проводилась на базе кафедры общей стоматологии УО «ВГМУ». Была разработана анкета для опроса пациентов с целью выявления факторов риска для развития неотложных состояний. Также в анкете были представлены вопросы, позволяющие установить, как часто врачи на клиническом приеме уделяют этим факторам должное внимание.

Результаты и обсуждение. В наших исследованиях были опрошены 80 пациентов. Самая многочисленная возрастная группа была – пациенты в возрасте после 50 лет. На вопрос: «Как Вы воспринимаете поход к стоматологу?» - 75% пациентов ответили «немного тревожно», 15% - ответили «безразлично» и 10% - «испытывают страх». Практически здоровыми из общего числа респондентов оказались лишь 28,7% пациентов, остальные имели одно или несколько сопутствующих заболеваний и эти же пациенты принимали лекарственные препараты. Группа сердечно-сосудистых заболеваний оказалась первой по распространенности. На втором месте оказалась группа пациентов, которые отмечали аллергическую отягощенность. На вопрос: «Сколько раз при посещении стоматолога вы заполняли похожую анкету?» - 10% опрошенных ответили – «один раз», «иногда» - ответили 18,7%, все остальные – «ни разу». Важно отметить, что именно

при первичном заполнении стоматологической амбулаторной карты заполняется графа: «Состояние общего здоровья со слов пациента», а не при каждом первичном обращении пациента.

Выводы.

Профилактика – основополагающий принцип всей медицинской практики. Полноценный сбор анамнеза у пациентов до начала выполнения врачом-стоматологом лечебных мероприятий поможет избежать, или как минимум уменьшить, риск от возникновения неотложных состояний. Необходимо осуществлять сбор анамнеза при каждом первичном приеме и регистрировать любые изменения состояния здоровья в амбулаторной карте. К сожалению, в условиях поликлинического приема у врача просто нет времени на долгий рассказ пациента.

В случае выявления хронической патологии на стадии, которая может привести к развитию угрожающего состояния, необходимо проведение консультации соответствующего специалиста.

Для уменьшения тревожности, страха перед стоматологическим приемом следует проводить методы успокоения пациента, при необходимости прибегнуть к медикаментозной подготовке.

Необходимо проводить эффективное и безопас-

ное обезболивание с целью уменьшения реакции на болевые раздражители. Строгое соблюдение всех показаний и противопоказаний для проведения местного обезболивания с учетом сопутствующей патологии.

Для уменьшения патологической активации вегетативной нервной системы, уменьшения афферентной импульсации от рефлексогенных зон. Для этого необходимо работать в проветренном помещении с оптимальной влажностью и температурой воздуха. Прием пищи пациентам следует рекомендовать не позднее, чем за два часа до приема. Важным является улучшение сна накануне стоматологического вмешательства.

Литература:

1. Ивасенко, П.И. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике / П.И. Ивасенко. – Н.Новгород: изд-во НГМА, 2000. – 96 с.
2. Стош, В.И. Руководство по анестезиологии и оказание неотложной помощи в стоматологии / В.И. Стош. – М.: МЕДпресс - информ., 2002. – 280 с.
3. Третьякович, А.Г. Неотложные состояния, общие заболевания и другие факторы риска в стоматологии / А.Г. Третьякович. – Мн.: БГМУ, 2002. – 47 с.

АНАЛИЗ МИКРОБНОГО СОСТАВА ПОДДЕСНЕВОГО НАЛЕТА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ И ВЛИЯНИЯ НА НЕГО ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА ЛЕЙАРГУНАЛ

Волкова М.Н.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. В периодонтальном кармане в зависимости от его глубины и латеральной протяженности встречаются от 30 до 100 видов различных бактерий в количестве $10^7 - 10^8$. До 70 % всей микрофлоры периодонтального кармана составляют грамотрицательные бактерии, в основном анаэробные. В процессе формирования поддесневой биопленки происходит смещение микробного спектра в сторону преобладания облигатных анаэробов, грамотрицательных форм. Ответ клеток СИ к периодонтальным патогенам вызывает тканевую деструкцию и определяет клинические проявления хронического периодонтита [1]. Основываясь на этом положении, иммунокоррекция имеет патогенетическую направленность терапевтического воздействия. В данном исследовании в качестве иммуномодулирующего препарата был предложен лейаргунал, разработанный в результате совместной научно-исследовательской работы кафедры фармакологии БГМУ, Фармакологического центра ЦНИЛ БГМУ и Медицинского радиологического научного центра РАМН. Лейаргунал является комбинацией аминокислот L-лейцина, L-аргинина и пуринового основания инозина.

Цель исследования: изучить микробный состав содержимого периодонтального кармана пациентов с хроническим периодонтитом и оценить влияние на него иммуномодулирующего средства лейаргунал.

Материал и методы. В исследовании был включен 51 пациент (18 мужчин, 33 женщины) с хроническим периодонтитом (ХП). Средний возраст пациентов был $41,74 \pm 11,33$ года. Письменное информированное согласие на участие в исследовании было получено от всех обследованных. Всем включенным в исследование были определены: индекс налета (PI Silness-Loe, 1964), индекс кровоточивости десневой борозды (SBI, Muhleman, 1971) в модификации I. Cowell (1975), периодонтальный индекс (PI Russel, 1956), глубина периодонтальных карманов, проведено рентгенологическое исследование. В ходе клинического исследования все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа включала 20 пациентов с ХП легкой степени тяжести, 2-я группа – 21 пациента с ХП средней степени тяжести, 3-я группа – 10 пациентов с ХП тяжелой степени тяжести.

Забор содержимого производили из наиболее