

такрилатного полимера, обработанный на стоматологической установке, а минимальные — неполированные.

3. Наиболее высокий уровень адгезии к базисному стоматологическому полиметилметакрилатному полимеру отмечен у штамма *Streptococcus sanguis*: достоверное снижение индекса адгезии отмечено только при использовании полировки в установке «Эрго Бокс». Однако факт высокой колонизации образцов *Streptococcus sanguis* нельзя однозначно считать отрицательным, поскольку этот микроорганизм — представитель нормальной микробной флоры полости рта в отличие от других видов, использованных для исследования первичной адгезии в настоящей работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов С.Д., Ибрагимов Т.И., Царёв В.Н. и др. Микробиологическое обоснование выбора базисной пластмассы съёмных зубных протезов // Стоматология. — 2000. — №3. — С. 4–8.
2. Кучерова М.А., Трефилов А.Г. Индекс адгезии микроорганизмов к полимерным базисным материалам как индикатор оценки антимикробных средств // Стоматолог. — 2008. — №5. — С. 38–44.
3. Мальков О.В., Литвищенко А.В. Измерение параметров шероховатости поверхности детали. Электронное учебное издание — М.: Изд. МГТУ им. Баумана, 2012. — <http://mt2.bmstu.ru/old/hard/index.htm>

htm (дата обращения: 01.02.14).

4. Миронов В.Л. Основы сканирующей зондовой микроскопии. — Нижний Новгород: Российская академия наук. Институт физики микроструктур, 2004. — 110 с.
5. Царёв В.Н., Давыдова М.М. Методы микробиологического исследования, применяемые в стоматологии. Микробиология, вирусология и иммунология. — М.: Практическая медицина, ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 474–483.
6. Царёв В.Н., Ибрагимов Т.И., Трефилов А.Г. Применение методов микробиологического мониторинга в процессе ортопедического лечения пациентов с вторичной полной адентией // Стоматолог. — 2008. — №2. — С. 45–51.
7. Binnig G., Quate C.F. Atomic Force Microscope // Phys. Rev. Letters. — 1986. — Vol. 56, N 9. — P. 930–933.
8. Brady L.J., Piacentini D.A., Crowley P.J. Differentiation of salivary agglutinin-mediated adherence and aggregation of mutans streptococci by use of monoclonal antibodies against the major surfaces adhesine PI // Infect. Immun. — 1992. — Vol. 60. — P. 1008–1017.
9. Donlan R.M., Costerton J.W. Biofilms: survival mechanisms clinically relevant microorganisms // Clin. Microbiol. Rev. — 2002. — Vol. 15, N 2. — P. 167–193.
10. Eick S., Glockmann E. Adherence of *Streptococcus mutans* to various restorative materials in a continuous flow system // J. Oral. Rehabil. — 2004. — Vol. 31. — P. 278–285.
11. Rimondini L., Fare S., Brambilla E. The effect of surface roughness on early *in vivo* plaque colonization on titanium // J. Periodontol. — 1997. — Vol. 68. — P. 556.
12. Quirynen M., Bollen C.M. The influence of surface roughness and surface-free energy on supra- and subgingival plaque formation in man // J. Clin. Periodontol. — 1995. — Vol. 22. — P. 1.

УДК 616.314.18-002-08-074: 616-06-036.8

T09

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА

Татьяна Викторовна Аксенова^{1*}, Александр Николаевич Бондаренко²

¹Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар,

²Кубанский медицинский институт, г. Краснодар

Реферат

Цель. Изучить степень влияния различных факторов риска на частоту развития осложнений при лечении пульпита.

Методы. Проведён ретроспективный анализ медицинских карт 130 больных пульпитом, лечение которых проводили методами витальной и девитальной экстирпации без назначения реабилитационных мероприятий (63 пациента) и с дополнительным назначением индивидуального курса восстановительной терапии (67 пациентов). Изучены наличие и частота факторов риска осложнений в различных группах наблюдения, определён уровень их реализации в возникновении осложнений. Данные обработаны методами вариационной статистики.

Результаты. Выявлены наиболее значимые факторы риска развития осложнений при лечении пульпита: нарушение защитно-восстановительного потенциала одонтона, нарушение защитно-восстановительного потенциала организма, множественные очаги одонто-пародонтальной инфекции, парафункции жевательных мышц и патология прикуса, нарушение психологического здоровья. У 60% пациентов определено сочетание трёх и более факторов риска, которые в половине случаев способствовали развитию осложнений, если эндодонтическое лечение пульпита не дополняли назначением индивидуальной восстановительной терапии. Восстановительное лечение включало, помимо полной санации полости рта, использование по показаниям физиотерапевтических факторов (переменного магнитного поля низкой частоты, внутриканального йод-электрофореза), индивидуально подобранных гомеопатических средств, цветочных эссенций Баха и кинезиологических упражнений.

Вывод. Установлена значимость для результативности лечения пульпита ряда факторов риска, которые можно выявить в условиях амбулаторной стоматологической практики; дополнение традиционного лечения пульпита назначением индивидуальных комплексов восстановительной терапии, ориентированных на устранение выявленных факторов риска, способствует снижению частоты осложнений.

Ключевые слова: пульпит, факторы риска осложнений, восстановительное лечение.

ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR DEVELOPING COMPLICATIONS WHILE TREATING PULPITIS T.V. Ak-senova¹, A.N. Bondarenko². ¹Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, ²Kuban Medical Institute, Krasnodar, Russia.

Aim. To study the influence of different risk factors on complications rate while treating pulpitis. **Methods.** Retrospective analysis of 130 patients with pulpitis outpatient's cards, who were treated by vital and devitalized pulp extirpation without additional rehabilitation (63 patients) and with addition of individually selected rehabilitation program (67 patients), was carried out. The presence and rate of risk factors for complications in both study groups were analyzed, the level of their impact in complications formation was assessed. The data were processed by analysis of variance. **Results.** The most significant risk factors for developing complications while treating pulpitis were low local dental and general recovery potential, multiple foci of dental and periodontal infection, mastication muscles malfunction, malocclusion, mental disorders. 60% of patients had the combination of 3 and more risk factors, which in half of all cases were associated with developing complications, if endodontic treatment of pulpitis was not associated with individually selected rehabilitation. Rehabilitation included physiotherapy (if indicated), e.g. low-frequency alternating magnetic field, intra-channel iodine electrophoresis, individually selected homeopathic drugs, Bach flower essences and kinesiotherapy in addition to full mouth debridement. **Conclusion.** The impact of a range of risk factors, which can be revealed in conditions of common outpatient dental practice, on pulpitis treatment effectiveness was revealed. The addition of individually selected rehabilitation program, targeted on revealed risk factors elimination, to traditional pulpitis treatment decreases the complications rate.

Keywords: pulpitis, risk factors for complications, rehabilitation therapy.

В структуре стоматологической помощи по обращаемости больные пульпитом занимают 14–20% и более в зависимости от региона страны [5]. Эффективность первичного эндодонтического лечения (в том числе пульпита) может варьировать, по данным различных авторов, от 3 до 65% [9].

В качестве точки приложения терапевтических мероприятий при пульпите до настоящего времени неоправданно ограниченно рассматривают лишь пульпу зуба, находящуюся в состоянии острого или хронического воспаления. Вместе с тем воспалительный процесс в пульпе вызывает нарушения в общем и местном иммунном ответе [1], а также изменения характеристик индивидуального суточного ритма функциональной активности лейкоцитов циркулирующего пула и региона воспаления [2]. Появление интенсивного болевого синдрома, который у многих пациентов может симулировать нейростоматологическую патологию, ведёт к развитию стресс-реакции. Последняя способствует формированию негативного эмоционального состояния, что становится причиной изменения мышечного тонуса [10], а также нарушений в локальной экологической системе полости рта [6].

На исход эндодонтического лечения пульпита могут оказывать влияние такие объективные и субъективные факторы, как исходное состояние пульпы и перирадикулярных тканей, патологические окклюзионные нагрузки, анатомия каналов, ятрогенные факторы, состояние соматического здоровья пациента, а также общий план стоматологического лечения и ожидания пациента от проводимой терапии [4, 11]. Сведения о влиянии различных факторов риска на эффективность лечения эндодонтической патологии носят фрагментарный и разрозненный характер.

Цель исследования — изучить степень влияния различных факторов на частоту развития осложнений при лечении пульпита.

Для достижения поставленной цели был предпринят ретроспективный анализ 130 медицинских карт больных пульпитом, лечение которых проводили различными методами в 2002–2011 гг. на базе терапевтического отделения стоматологической поликлиники Кубанского государственного медицинского университета. На основании полученных сведений дана экспертно-аналитическая оценка результатов проведённого лечения.

Всего в исследование были включены 130 больных обоего пола в возрасте 22–59 лет. Обследование и лечение назначали исключительно на основании информированного добровольного согласия пациентов.

При проведении научного исследования все больные были распределены на две группы наблюдения в зависимости от вида проводимого лечения пульпита.

В основную группу из 67 человек вошли пациенты, у которых лечение пульпита проводили методом витальной экстирпации с дополнительным назначением индивидуального курса восстановительного лечения. Восстановительная терапия, помимо полной санации полости рта, включала использование физиотерапевтических факторов (переменного магнитного поля низкой частоты, внутриканального йод-электрофореза), индивидуально подобранных гомеопатических средств, цветочных эссенций Баха и кинезиологических упражнений [3, 10].

В контрольную группу были включены 63 пациента, у которых лечение пульпита проводили по традиционным методикам витальной и девитальной экстирпации в

Таблица 1

Частота возникновения осложнений, обусловленных различными факторами риска, при лечении пульпита

Факторы риска	Показатели осложнений	Количество случаев осложнений, абс./%	
		Контрольная группа (n=63)	Основная группа (n=67)
Нарушение защитно-восстановительного потенциала одонтона	наличие фактора риска	63/100,0	67/100,0
	развилось осложнений	29/46,0	12/17,9#
Нарушение защитно-восстановительного потенциала организма	наличие фактора риска	38/60,3	39/58,2
	развилось осложнений	21/33,3	8/11,9#
Множественные очаги одонто-пародонтальной инфекции	наличие фактора риска	20/31,7	28/41,8
	развилось осложнений	15/23,8	6/9,0#
Патология прикуса, ВНЧС, парафункции жевательных мышц	наличие фактора риска	45/71,4	46/68,7
	развилось осложнений	18/28,6	7/10,4#
Нарушение психологического здоровья	наличие фактора риска	30/47,6	36/53,7
	развилось осложнений	13/20,6	4/6,0#

Примечание: #p <0,05 в сравнении с показателями контрольной группы; ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав.

Таблица 2

Структура и сроки развития осложнений после лечения пульпита различными методами

Виды осложнений	Количество осложнений, абсолютные значения													
	Контрольная группа (n=63)						Основная группа (n=67)							
	Сроки наблюдения, мес						Сроки наблюдения, мес							
	3	6	9	12	18	24	36	3	6	9	12	18	24	36
Боли в области пролеченного зуба	1	1	1	1	1	1	–	–	–	1	1	1	–	–
Нарушение краевого прилегания и повреждение реставрации	1	1	1	2	–	1	–	–	1	1	–	–	–	2
Перелом корня зуба	–	–	1	–	1	–	1	–	–	–	–	–	1	–
Рецессия десны в области пролеченного зуба	–	–	–	2	–	–	1	–	1	–	–	–	1	–
Воспалительные изменения пародонта	1	1	–	–	–	2	–	–	1	–	–	–	–	1
Рентгенологические изменения в периапикальных тканях	–	–	1	2	–	1	1	–	–	–	1	1	–	–
Всего	3	3	4	7	2	5	3	–	3	2	2	2	2	3

соответствии со схемами лечения, изложенными в моделях медицинских услуг Краснодарского края [7].

Изучены характер и сроки развития осложнений после лечения пульпита, наличие и частота факторов риска осложнений, а также определён уровень реализации факторов риска в возникновении осложнений.

Полученные математические данные были обработаны на персональном компьютере методами вариационной статистики [8] с использованием программного обеспечения «Statistica 6.0 for Windows» фирмы «Stat Soft, inc.» и «Microsoft Office Excel 2003».

Данные о наличии и частоте факторов риска, частоте возникновения обусловленных ими осложнений при лечении пульпита различными методами представлены в табл. 1. Сведения о структуре и сроках раз-

вития осложнений после лечения пульпита в основной и контрольной группах приведены в табл. 2.

Анализ полученных данных в группах наблюдения выявил наличие у всех больных нарушений защитно-восстановительного потенциала одонтона, которые выражались в наличии кариозного дефекта/дефектов, воспаления пульпы, несостоятельности реставраций, воспалительной патологии пародонта. Однако возникновение осложнений у пациентов контрольной группы происходило в 2,4 раза чаще, чем в основной. При этом в различные сроки наблюдения чаще регистрировались такие виды осложнений, как появление болевого синдрома, развитие или прогрессирование воспалительных изменений пародонта, рецессия десны, рентгенологически верифицированная пе-

риапикальная деструкция костной ткани в области пролеченного зуба.

Наличие фактора риска «нарушение защитно-восстановительного потенциала организма» связывалось со снижением уровня репаративных процессов, обусловленным возрастом пациента (старше 50 лет), наличием соматических заболеваний или угнетением общего иммунного ответа. Для оценки фактора использовали данные анамнеза, а также результаты цитохимического тестирования микробицидной системы нейтрофильных лейкоцитов, определения функциональной активности нейтрофилов и процентного содержания Т- и В-лимфоцитов [1, 2]. Данный фактор риска выявлен приблизительно с одинаковой частотой в обеих группах наблюдения. С его наличием, очевидно, можно связать такие виды осложнений, как распространение воспалительного процесса на периапикальные ткани с появлением боли в области пролеченного зуба, а также формирование очага хронического воспаления с рентгенологическими признаками деструкции в зоне верхушки корня. Однако описанные осложнения в 2,2 раза реже возникали в основной группе.

Фактор риска «множественные очаги одонто-пародонтальной инфекции» принимали во внимание при наличии в полости рта трёх и более зубов с воспалительной патологией пульпы и/или пародонта, признаков воспаления в тканях пародонта. Отчасти фактор может быть связан с описанными выше нарушениями общего и местного иммунного ответа, а также с состоянием соматического здоровья. Его наличие создаёт условия для развития очага острого или хронического воспаления в верхушечном пародонте, а также способствует воспалительным изменениям пародонта. У пациентов основной группы этот фактор встречался в 1,4 раза чаще, а частота развития обусловленных им осложнений была в 2,1 раза ниже, чем у пациентов контрольной группы.

Частота патологии прикуса, височно-нижнечелюстного сустава и парафункций жевательных мышц у пациентов обеих групп была практически одинакова, однако уровень реализации данного фактора риска у пациентов основной группы был в 2,6 раза ниже, чем в контрольной группе. Наиболее часто встречались такие виды осложнений, как нарушение краевого прилегания и повреждение реставраций, перелом корня зуба, а также рентгенологические изменения в периапикальных тканях.

Нарушение психологического здоровья, которое связывалось с наличием у пациента хронического стресса, неврастенических реакций, дентофобии, было выявлено приблизительно у трети пациентов обеих групп. Практически у всех обнаружены признаки парафункции жевательной мускулатуры, у 37% выявлены множественные очаги одонто-пародонтальной инфекции. Уровень реализации в осложнения данного фактора у пациентов контрольной группы был в 3,3 раза выше, чем у пациентов основной группы.

Обращает на себя внимание также и то обстоятельство, что примерно у 60,2% пациентов основной группы было выявлено три и более факторов риска, которые повлекли за собой развитие осложнений у 10,4% больных. В контрольной группе сочетание факторов риска обнаружено у 58,6% пациентов, вместе с тем развитие осложнений отмечено у 28,7% больных. Достаточно широкое распространение сочетанных факторов риска осложнений у пациентов с воспалительной патологией пульпы зуба требует создания интегративного подхода к их оценке и, соответственно, к определению степени риска развития осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Проведённое исследование позволило установить значимость для результативности лечения пульпита ряда факторов риска, которые можно выявить в условиях амбулаторной стоматологической практики без использования дополнительных сложных методов исследования: нарушение защитно-восстановительного потенциала организма, множественные очаги одонто-пародонтальной инфекции, патология прикуса и височно-нижнечелюстного сустава, парафункции жевательных мышц, нарушение психологического здоровья.

2. Полученные данные свидетельствуют о том, что дополнение традиционного эндодонтического лечения пульпита назначением индивидуальных комплексов восстановительной терапии способствует снижению в среднем в 1,9 раза уровня развития осложнений после лечения данного вида патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова Т.В. Клинико-иммунологический статус больных с осложнениями кариеса зубов // Кубан. науч. мед. вестн. — 2004. — №2-3. — С. 7-9.

2. Аксенова Т.В. Хронобиологическая характеристика

ка функциональной активности лейкоцитов при осложнениях кариеса зубов // Кубан. науч. мед. вестн. — 2004. — №4. — С. 7–9.

3. Аксенова Т.В., Бондаренко А.Н. Основы планирования лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с осложнениями кариеса зубов // Мед. вестн. Северн. Кавказа. — 2011. — №3. — С. 33–35.

4. Гутман Дж.Л., Думша Т.С., Ловдэл П.Э. Решение проблем в эндодонтии: профилактика, диагностика и лечение. Пер. с англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 592 с.

5. Иванов В.С., Винниченко Ю.А., Иванова Е.В. Воспаление пульпы зуба. — М.: МИА, 2003. — 264 с.

6. Мартынова Е.А. Полость рта как локальная экологическая система // Стоматология. — 2008. — С. 68–75.

7. Модели медицинских услуг Краснодарского

края по специальности «Стоматология. Стоматология ортопедическая. Челюстно-лицевая хирургия» (поликлиника: лечение взрослых) / Под тех. ред. В.И. Калиниченко. — Краснодар: КМИВЦ, 2006. — 104 с.

8. Петрин А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. Перевод с англ. В.П. Леонова. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2009. — 168 с.

9. Роудз Дж.С. Повторное эндодонтическое лечение: консервативные и хирургические методы. Пер. с англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 216 с.

10. Шанина Г.Е. Регуляция психического состояния человека с позиций прикладной кинезиологии // Международный мед. ж. — 2000. — №3. — С. 269–271.

11. Thile L., Hickel R. Folwaczny Der endodontische Misserfolg — von der Definition zur Strategie // Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift. — 2003. — Bd. 3. — S. 144–150.

УДК 612.556: 616-036.12: 616-009.17-053.7: 616.432: 616.831.4: 616-072.8: 614.253.89

T10

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ДЛИТЕЛЬНОЙ СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА, АССОЦИИРОВАННОЙ И НЕ АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Людмила Ювенальевна Семёнова^{1,2*}, Маргарита Борисовна Колесникова¹

¹Ижевская государственная медицинская академия,

²Республиканский клинично-диагностический центр, г. Ижевск

Реферат

Цель. Выявление клинично-психологических особенностей у подростков с длительной субфебрильной температурой тела и гипоталамическим синдромом.

Методы. Проводили анализ анамнеза жизни, исследование объективного статуса, клинично-лабораторные и инструментальные исследования, оценивали качество жизни и психологический статус. Клинично-лабораторное исследование включало полный анализ крови, мочи и кала; иммуноферментный анализ крови на микоплазменную, хламидийную, герпетическую и цитомегаловирусную инфекции; биохимическое исследование крови; мазок из носа и зева на микрофлору. Инструментальные исследования включали рентгенографию черепа и шейного отдела позвоночника, нейрофизиологические исследования (электроэнцефалографию, эхоэнцефалографию, реоэнцефалографию), ультразвуковое исследование сосудов головы и шеи. Оценку качества жизни проводили посредством анкетирования подростков с использованием специализированного педиатрического опросника (Л.Ф. Молчанова, Ижевская государственная медицинская академия). Психологический статус оценивали с помощью личностного опросника Г. Айзенка (определение темперамента) и опросника Ч.Д. Спилберга (исследование ситуативной и личностной тревожности).

Результаты. Всем детям соответствующего диагноза проводили комплексное лечение: санацию очагов хронической инфекции; лечение выявленных хламидийной и микоплазменной инфекций верхних и нижних дыхательных путей (иммуностимулирующие и антибактериальные препараты); коррекцию функциональных нарушений центральной нервной системы (ноотропные, сосудистые, мочегонные препараты, транквилизаторы, метаболические препараты, гипотензивные средства); массаж, лечебную физкультуру, физиолечение, фитотерапию. После проведенного лечения повторное повышение температуры тела у подростков с гипоталамическим синдромом отмечалось в 4 раза чаще, чем у детей без данного синдрома. У детей с длительным субфебрилитетом и гипоталамическим синдромом чаще выявлялся меланхолический тип темперамента, более высокий уровень тревожности, что приводило к более выраженным изменениям физического и психического функционирования. Данные изменения могут приводить к нарушению психосоциальной адаптации, расстройству поведения в обществе и семье, возникновению психосоматических заболеваний.

Вывод. Так как повторные эпизоды повышения температуры тела приводят к ухудшению качества жизни, усилению изначальных изменений в психологическом статусе, нарушению психосоциальной адаптации и поведения в обществе и семье, возникновению психосоматических заболеваний, данная категория детей нуждается в семейной и индивидуальной психокоррекции, повторных курсах ноотропных, сосудистых, мочегонных препаратов, анксиолитиков.

Ключевые слова: длительный субфебрилитет, гипоталамический синдром, подростки, психологический статус, качество жизни.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE IN TEENAGERS WITH A LONG-LASTING LOW-GRADE FEVER BOTH ASSOCIATED AND NOT ASSOCIATED WITH HYPOTHALAMIC SYNDROME L.Yu. Semenova^{1,2}, M.B. Kolesnikova¹. ¹Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia, ²Republican Clinical and Diagnostic Center, Izhevsk, Russia. **Aim.** To describe clinical and psychological characteristics and quality of life in teenagers with