

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

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

Таблица 1. Клинические параметры пациентов с воспалительными заболеваниями периодонта.

Признак	(Me [LQ - UQ])
Возраст пациентов	36 [29 - 47]
Пол (количество мужчин/женщин%)	50/50
КПУ	13 [6,5 - 17]
PI Silnes-Loe (1)	1,22 [1,05 - 1,37]
PI Silnes-Loe (2)	0,49 [0,39 - 0,77]
КПИ(1)	3,0 [2,55 - 3,33]
КПИ(2)	1,5 [1,25 - 2,58]
GI (1)	1,83 [1,25 - 2,23]
GI (2)	0,83 [0,58 - 1,0]

Примечание: статистически значимое различие значений PI Silnes-Loe, КПИ, GI до и после лечения ($P < 0,001$)

характер не монокультуры, а встречалась в аэробно-анаэробных ассоциациях, состоящих из 3-5 штаммов микроорганизмов. Ассоциации исключительно из анаэробных или аэробных микроорганизмов не регистрировались.

При этом до лечения получено 64 штамма.

Из выделенной микрофлоры грамотрицательные – 16 (25%), грамположительные – 48 (75%); анаэробы – 30 (47%), факультативные анаэробы – 33 (53%).

После лечения получено 35 штаммов, при этом отмечено изменение в качественном составе. Из выделенной микрофлоры после проведения профессиональной гигиены выделены: грамотрицательные – 10 (29%), грамположительные – 25 (71%); анаэробы – 13 (37%), факультативные анаэробы – 22 (63%).

По результатам исследования профессиональная гигиена при ВЗП неэффективна в отношении *Bacteroides* spp., *S. epidermidis*; мало эффективна в отношении *Prevotella melaninogenica*, *Gemella morbillorum*, *Eubacterium* spp, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinomyces odontolyticus*, *Anaerococcus prevoti*, *S. aureus*, *Prevotella oralis*; высокоэффективна - *Peptococcus*

spp, *Peptostreptococcus* spp., α -*Streptococcus*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella endodontalis*, *Prevotella buccae*, *Enterobacter cloacae*, *K. pneumoniae*, *Propionibacterium propionicus*, *Bifidumbacterium* spp., *Clostridium* spp.

Профессиональная гигиена приводила к статистически достоверному ($P < 0,001$) снижению клинических показателей PI Silnes-Loe, GI, КПИ (табл. 1).

Выводы:

У пациентов с воспалительными заболеваниями периодонта из всех выделенных из зубодесневой борозды и периодонтальных карманов микроорганизмов род *Prevotella* встречался наиболее часто.

Профессиональная гигиена была эффективна в отношении большинства (65%) выделенных микроорганизмов.

Профессиональная гигиена приводила к снижению количества штаммов патогенной грамотрицательной микрофлоры (с 16 до 10), облигатных анаэробов (с 30 до 13), факультативных анаэробов (с 33 до 22) в зубодесневой борозде и периодонтальных карманов, а также к изменению качественного состава микрофлоры – увеличению количества грамположительных бактерий (с 16 до 25).

Профессиональная гигиена приводила к статистически достоверному ($p < 0,001$) снижению клинических индексов (Silnes-Loe, GI, КПИ).

Литература:

1. Грудянов, А.И., Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии / А.И. Грудянов, В.В. Овчинников, Н.А. Дмитриева. - М.:МИА, 2004. – с.56
2. Socransky, S.S. Microbial complexes in subgingival plaque / S.S. Socransky [et al.] // J. Clin. Periodontol. – 1998. – Vol. 25. – P. 134 – 144.
3. Moor, W.E. The bacteria of periodontal diseases / W.E. Moor, L.V. Moor // Periodontol 2000. – 1994. - N 5. - P. 66 – 77.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА НАПРАВЛЕННОЙ ТКАНЕВОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ (НТР) ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Минина А.Н., Сухойда А.Г.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Одним из основных методов аугментации при дентальной имплантации является направленная тканевая регенерация с применением остеопластических материалов, аутокости и барьерных мембран для закрытия различных дефектов костной ткани. Данный метод особенно актуален при непосредственной имплантации-установке дентального имплантата в лунку только что удалённого зуба. Свободные пространства между стенками лунки и имплантатом с винтом-заглушкой

обычно заполняют смесью из остеопластического материала в виде крошки и аутокости, полученной при допрепарировании ложа, и закрывают либо слизисто-надкостничным лоскутом, либо барьерной мембраной, препятствующей прорастанию мягких тканей в область дефекта. В любом из этих вариантов слизисто-надкостничного лоскута явно недостаточно для закрытия лунки, что требует дополнительных оперативных вмешательств на мягких тканях альвеолярного отростка челюстей.

Цель: оптимизировать метод НТР при непосредственной дентальной имплантации и значительно сократить длительность периода лечения.

Материал и методы. Работа проводилась на базе стоматологического отделения МСЧ т/з «Витязь» в период с апреля по ноябрь 2011 года у четырёх пациентов, которым планировалась непосредственная имплантация в лунку только что удалённого зуба.

Для НТР использовались остеопластические материалы «Остеопласт» (производство РФ).

Методика операции: под местной анестезией проводились разрезы по гребню альвеолярного отростка, отслаивались слизисто-надкостничные лоскуты. Атрауматично удалялись однокорневые зубы. Соответствующей фрезой углублялись и допрепарировались лунки под костные ложа, вводились двухэтапные винтовые имплантаты «Alfa-Bio» (производство Израиль) ниже уровня альвеолярного гребня на 1-1,5 мм. Вместо винта-заглушки внутрикостная часть имплантата сразу закрывалась формирователем десневой манжетки, предназначенной для второго этапа дентальной имплантации. Образовавшиеся зазоры между стенками лунки и внутрикостной частью имплантата заполнялись костными опилками, полученными в стадии препарирования, и остеопластическим материалом «Остеопласт - К». Этим же материалом заполнялись дефекты вестибулярной стенки лунки в верхней её трети с целью предотвращения резорбции. Затем в выкроенной барьерной мембране «Остеопласт» вырезали окно диаметром 3-4 мм для формирователя десневой манжетки и укладывали мембрану на альвеолярный отросток, окутывая его с оральной и вестибулярной сторон. Слизисто-надкостничные лоскуты укладывались поверх мембраны и фиксировались швами вокруг формирователя

десневой манжетки.

Результаты и обсуждение. У всех четырёх пациентов послеоперационный период ничем не отличался от такового при обычной двухэтапной имплантации и протекал без осложнений. Швы снимали на 8-10 день. Осмотр пациентов проводили в первый месяц еженедельно, затем 1 раз в месяц. Рентгенологический контроль осуществлялся сразу после оперативного вмешательства и перед протезированием. Протезирование начинали через 3-4 месяца.

Выводы.

1. Оптимизация метода НТР при непосредственной имплантации в лунку удалённого зуба (фенестрация барьерной мембраны для ФДМ) позволяет значительно предотвратить атрофию костной ткани в области удалённого зуба и сократить срок стоматологического лечения на 3-4 и более месяцев.

2. Установка формирователя десневой манжетки на первом этапе дентальной имплантации позволяет исключить второй этап и избежать повторного оперативного вмешательства, а также дополнительно сократить сроки стоматологической реабилитации.

Литература:

1. Парацкевич, В.Л. Дентальная имплантация / В. Л. Парацкевич. – М., 2002. – С. 239-240.

2. Кулаков, А.А. Зубная имплантация / А. А. Кулаков. – М., 2006. – С. 76-81.

3. Лобко, В.А. Хирургическое лечение вертикальных костных дефектов альвеолярного отростка с применением «Гель Гидроксипатит» / В. А. Лобко, А. А. Кочубинская // Стоматологический журн. – 2010. – С. 67-70.

4. Никольский, В.Ю. Дентальная имплантология / В. Ю. Никольский. – М., 2007. – С. 75-96.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ БЕЛОРУССКОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ОСНОВЕ АРТИКАИНА В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Романенкова А.А., Гончарова А.И., Кабанова С.А., Минина А.Н.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Наиболее эффективным и безопасным способом обезболивания на амбулаторном стоматологическом приеме является местная анестезия. В настоящее время для ее проведения в основном используются местноанестезирующие препараты на основе лидокаина, артикаина, мепивакаина. Самыми эффективными из них признаны препараты, созданные на основе артикаина, так как главными его особенностями являются глубина и продолжительность обезболивающего эффекта и высокая степень безопасности. Артикаинсодержащие препараты выпускаются различными зарубежными фирмами и известны по своим торговым патентованным названиям: Ультра-

каин (Санofi-Авентис, Германия), Убистезин (3М ESPE, Германия), Септанест (Septodont, Франция). В Республике Беларусь с 2009 года также выпускаются препараты на основе артикаина (Артикаин-Боримед с эпинефрином, Эрпикаин), отличающиеся от зарубежных аналогов более низкой стоимостью. Актуальность производства этих препаратов состояла в реализации программы по выпуску импортозамещающей продукции. Благодаря этому государственные стоматологические поликлиники, составляющие основу системы амбулаторного лечения стоматологических заболеваний у населения, смогли перейти на использование эффективной технологии обезболивания.