

зубов (чаще фронтального отдела нижней и верхней челюсти). Болевые ощущения возникали от термических (94%), химических (42%) и механических (33%) раздражителей. Объективное исследование подтвердило данные расспроса больных.

Повторный осмотр проводился после пломбирования карнеса через 1 неделю после первичного обращения. У пациентов всех трех групп после проведения профессиональной гигиены и обучения навыкам индивидуальной гигиены улучшилось гигиеническое состояние полости рта, достоверно уменьшились показатели индексной оценки. После пломбирования первоначальные жалобы на боли от химических и термических раздражителей исчезли, однако у 36% больных первой группы и 14% больных третьей группы появилась постоперационная гиперестезия. У больных второй группы гиперестезии не было.

Результаты анкетирования подтверждаются данными электроодонтометрии, психометрической оценки интенсивности, эмоционального и сенсорного семантических весовых коэффициентов боли, которые свидетельствует о достоверно большем снижении чувствительности зубов после лазеротерапии.

Выводы

Применение диодного лазера в профилактике постоперационной гиперестезии зубов целесообразно и эффективно.

Литература

1. Дзюба О.Н. Клинико-экспериментальное обоснование причин развития и профилактики гиперестезии при использовании композитных материалов. 2003г.

2. Карпунина А.В. Методика лечения гиперчувствительности дентина с помощью лазерной и магнитной рефлексотерапии гелий-неоновым лазером. [Текст]/ А.В. Карпунина. - М., Медицина, 1997.

3. Кнаппвост А. Лечение гиперестезии шейки зуба с помощью эмаль-герметизирующего ликвида. Вестник стоматологии, 1999, 8 (75), с. П.

4. Ронь Г.И. Гиперестезия зубов в вопросах и ответах. [Текст]/ - Екатеринбург. УГМА, 2008. -80с.

5. Салова А.В., Рехачев В.М. Особенности эстетической реставрации в стоматологии. - Санкт-Петербург, изд. Человек. 2008г.

THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE TEETH HYPERSENSITIVITY USING DIODE LASER

Vlasova M.I., Mandra J.V.

Ural State Medical Academy

Department of propaedeutics and physiotherapy of dental diseases Russian Federation, Ekaterinburg

Application of a diode laser in the prevention of postoperative hypersensitivity teeth with caries cervical localization is appropriate and effective, as evidenced by the results of clinical studies, surveys of patients.

МНОГОПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПАРОДОНТАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ЧАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Волошина В.С., Еловинова Т.М.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России
Кафедра терапевтической стоматологии
Россия, г. Екатеринбург

Контактный e-mail: vaksab6@el.ru

Изучение причин возникновения и развития болезней пародонта, исследование их взаимосвязи с соматической патологией, определение роли местных факторов пародонтологического риска (ФПР) актуально. В Бернском университете Lang, Tanetti был разработан шестиугольник пародонтального риска, или «Бернская паутина» [1]. Данная модель включает шесть кластеров риска связанных с зубами, их поверхностями, а также особенностями пациента. Использование инструмента оценки ФПР должно помочь стоматологам в выявлении пациентов с повышенным риском развития заболеваний пародонта (ЗП), мотивации пациента поддержания здоровья полости рта, минимизации воздействия факторов, вызывающих патологические процессы в пародонте [1-3].

Цель исследования – оценка факторов риска пациентов, обратившихся в частную клинику Екатеринбурга.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 60 пациентов, обратившихся в частную стоматологическую клинику Екатеринбурга на прием к врачу стоматологу-терапевту, в возрасте от 23 до 77 лет (36 женщин и 24 мужчин).

Обследование всех испытуемых включало оценку стоматологического и соматического статуса. Для оценки стоматологического статуса использовались индексы: КПУ зубов, кровоточивости десны (ВОР, Animo Bay, 1975г.), нуждаемости в пародонтологическом лечении (СРITN, ВОЗ, 1978г.), а так же рентгенологические методы (внутри- и внеротовые). Соматический статус оценивался по данным

анамнеза с выявлением интенсивности курения [1].

При составлении шестиугольника учитывались факторы: четыре местных (А- кровоточивость десен при зондировании, В- число карманов глубиной 5мм и более, С- число отсутствующих зубов, D- степень резорбции костной ткани в соответствии с возрастом) и два системных (Е- системные заболевания, в т.ч. наследственность, и F- количество выкуренных сигарет в день). По результатам обследования каждому пациенту выстраивалась многопараметрическая диаграмма ФПР. Полигональные линии соединяют умеренную, среднюю и высокую степени риска. Результаты обследования обработаны с помощью методов математической статистики (пакет прикладных программ на персональном компьютере с расчетом обычных математических параметров).

Результаты и их обсуждение

Выявлены статистически достоверные показатели (M±m) степени выраженности каждого ФПР, определяющие их прямую корреляцию с тяжестью заболеваний пародонта (p≤0,05).

При пародонтите тяжелой степени «проблемная зона» (ПЗ) расположена в области высокой степени пародонтологического риска (ПР). При пародонтите средней тяжести ПЗ находится преимущественно в области средней степени ПР. При легком пародонтите ПЗ расположена в средней и центральной областях. Это свидетельствует о низкой степени ПР. При гингивите ПЗ находится в области минимальной степени ПР.



Рисунок 1. «Бернская паутина» при тяжелом пародонтите.

Алгоритм составления многопараметрической диаграммы ФПР, «Бернской паутины», показан на примере группы. Выявлена прямо пропорциональная зависимость между возрастом пациента и степенью выраженности его индивидуальных ФПР.

Выводы

1. Проведен анализ «структуры» ФРП пациентов.

2. Практика составления «Бернской паутины» (многопараметрической диаграммы ФПР) позволяет отразить состояние пациента при первичной диагностике и учитывать его в комплексной терапии.

3. «Бернская паутина» способствует визуализации ФПР, облегчению коммуникации с пациентом: мотивации к новому улучшению гигиены полости рта и в некоторых случаях изменению отношения к курению.

4. С увеличением возраста пациента увеличивается степень ФПР.

больных с пародонтитом тяжелой степени (рис.1).

Литература

1. Вольф Г.Ф., Ратеишак Э.М., Ратеишак К. Пародонтология (под редакцией проф. Барера; пер. с нем. — 2008. - 548с.

2. Мюллер Х.-П. Пародонтология - Мюллер Х.-П. Пародонтология//Пер. с нем. - Львов: ГалДент, 2004.- с. 256.

3. Ковалевский А.М. Лечение пародонтита: Практическое руководство. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. - 160с. Ил.

THE ESTIMATION OF INDIVIDUAL PROFILE OF PARODONTAL RISK AT PATIENTS OF PRIVET CLINIC OF YEKATERINBURG

Voloshina V.S., Elovikova T.M.

The Ural State Medical academy
The chair of therapeutic stomatology
Russia, Yekaterinburg

Many patients with their complaints are going to the dentist every day. The hexagon of risk or «Berns web» was made in Bern university [1,2]. The «Berns web» consists of six different parts, such as bleeding sickness of gums, decrease of the bone, degree of adentia and others. There are three types of parodontal risk in the «Berns web», such as high, average and low. The patient grows and the parodontal risk grows too. The «Berns web» motivates the patients to healthy way of life.

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТА ДНК-ПОЛИМЕРАЗЫ В ПЦР ДИАГНОСТИКЕ

Войтенко Е.И.

ГП «Институт терапии им Л.Т. Малой» АМН Украины
Украина, г. Харьков

Контактный e-mail: 2410408@mail.ru

Ферменты этого класса катализируют полимеризацию дезоксирибонуклеотидов вдоль цепочки нуклеотидов ДНК, которую фермент «читает» и использует в качестве шаблона. Тип нового нуклеотида определяется по принципу комплементарности с шаблоном, с которого ведётся считывание. Собираемая молекула комплементарна шаблонной моноспиралью и идентична второму компоненту двойной спирали. ДНК-полимераза начинает репликацию ДНК, связываясь с отрезком цепи нуклеотидов. Она добавляет свободные нуклеотиды к 3'-концу собираемой цепочки. Это приводит к элонгации цепочки в направлении 5'-3'[3]. Ни одна из известных ДНК-полимераз не может создать цепочку «с нуля»: они в состоянии лишь добавлять нуклеотиды к уже существующей 3'- гидроксильной группе. По этой причине ДНК-полимераза нуждается в праймере, к которому она могла бы добавить первый нуклеотид. Праймеры состоят из оснований РНК и ДНК, при этом первые два основания всегда РНК-основания. Еще один фермент - геликаза -

не обходимо для раскручивания двойной спирали ДНК с формированием одноцепочечной структуры, которая обеспечивает репликацию обеих цепочек в соответствии с полуконсервативной моделью репликации ДНК [1].

Некоторые ДНК-полимеразы обладают также способностью исправлять ошибки во вновь собираемой цепочке ДНК. Если происходит обнаружение неправильной пары нуклеотидов, ДНК-полимераза откатывается на один шаг назад. Благодаря своему эндонуклеазному действию ДНК-полимераза может исключить неправильный нуклеотид из цепочки и затем вставить на его место правильный, после чего репликация продолжается в нормальном режиме[4].

В начале использования метода после каждого цикла нагревания - охлаждения приходилось добавлять в реакционную смесь ДНК-полимеразу, так как она быстро инактивировалась при высокой температуре, необходимой для разделения цепей спирали ДНК. Процедура была очень неэффективной, требовала много времени и фермента. Было