

ISSN 2072-0297

Молодой учёный

Ежемесячный научный журнал

№ 7 (54) / 2013

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-38059 от 11 ноября 2009 г.

Журнал входит в систему РИНЦ (Российский индекс научного цитирования) на платформе elibrary.ru.

Журнал включен в международный каталог периодических изданий «Ulrich's Periodicals Directory».

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор:

Ахметова Галия Дуфаровна, доктор филологических наук

Члены редакционной коллегии:

Ахметова Мария Николаевна, доктор педагогических наук

Иванова Юлия Валентиновна, доктор философских наук

Лактионов Константин Станиславович, доктор биологических наук

Комогорцев Максим Геннадьевич, кандидат технических наук

Ахметова Валерия Валерьевна, кандидат медицинских наук

Брезгин Вячеслав Сергеевич, кандидат экономических наук

Котляров Алексей Васильевич, кандидат геолого-минералогических наук

Яхина Асия Сергеевна, кандидат технических наук

Насимов Мурат Орленбаевич, кандидат политических наук

Ответственный редактор: Кайнова Галина Анатольевна

Художник: Евгений Шишков

Верстка: Павел Бурьянов

На обложке изображен Василий Леонтьев, американский экономист, создатель теории межотраслевого анализа, лауреат Нобелевской премии по экономике.

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются.

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Материалы публикуются в авторской редакции.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

672000, г. Чита, ул. Бутина, 37, а/я 417.

E-mail: info@moluch.ru

<http://www.moluch.ru/>

Учредитель и издатель: ООО «Издательство Молодой ученый»

Тираж 1000 экз.

Отпечатано в типографии «Ваш полиграфический партнер»

127238, Москва, Ильменский пр-д, д. 1, стр. 6

Лукин А.А., Пирожинский С.Г. Характеристика и показатели качества некоторых видов растительных масел.....	58
Меснянкин М.В., Мерко М.А., Колотов А.В., Митяев А.Е. Моделирование результатов решения задачи по определению номинальных величин геометрических параметров симметричных структурных схем механизмов с ЗСТК с диаметрами равной величины	60
Науменко В.В. Реализация комплексного подхода по обеспечению выполнимости административных регламентов	65
Прокопьев С.В., Ульянов Р.С., Шиколенко И.А. Применение светодиодных светильников с автоматическим управлением для организации совмещенного освещения в помещениях жилых и общественных зданий	69
Ставер Е.В. Анализ процедур генерации ключей криптографических алгоритмов. Программная реализация критерия «хи-квадрат» Draft SP 800–90b	72
Сурков В.О. Системы навигации подвижных наземных объектов и их характеристики.....	76
Суханов А.В., Соболев М.А., Старостин Н.С. Разработка алгоритма получения вибрационных характеристик имитатора ГТД с использованием SCADA-системы	79
Тураева У.Ф., Тураев Ш.Ф., Ибрагимов С.С. Определение излучательной способности стационарным методом	83
Юсупов Ф., Абдуллаева Г.Х., Атажанов К.М., Очилова Г. Проектирование экспертной системы планирования основного производства хлопкоперерабатывающего предприятия	86

БИОЛОГИЯ

Азявчикова Т.В., Кохно Е.А. Структура популяции полужесткокрылых прибрежных сообществ рек Сож и Березина ...	90
Потапов Д.В. К вопросу о видовом составе мышевидных грызунов Гомельского района.....	92

МЕДИЦИНА

Владимиров Ю.П., Апсетарова Д.Я. Актуальные проблемы диагностики и лечения инфильтративно-отечной формы рака молочной железы с метастазами в кости.....	96
---	----

Галиева Г.Б. Организация скорой медицинской помощи и тенденции ее динамики в Казахстане	98
Грома И.И. Клинико-эпидемиологические аспекты первичных опухолей головного мозга на примере региональной многопрофильной больницы ...	101
Ешиев А.М., Абдуллаева С.А. Комплексное лечение флегмоны дна полости рта с применением синего света	104
Караван Я.Р., Левандовский Р.А., Беликов А.Б. Сравнительный мониторинг частоты заболеваемости злокачественными опухолями челюстно-лицевой области жителей Львовской, Тернопольской и Ивано-Франковской областей (за последние 10 лет)	107
Красичкова О.А. Оптимизация консервативного лечения хронического гранулирующего периодонтита	111
Петрушанко Т.А., Беликова Н.И. Индексная оценка результатов шинирования подвижных зубов на основе арматурно-адгезивной техники.....	114
Саблин И.Д., Дорофеев Е.Е., Чепелянская М.В., Лось А.Н., Сокурец Н.Л. Нужна ли компьютерная и магнитно-резонансная томография в стандарте обследования пациенток, перенесших эклампсию и нуждающихся в заместительной почечной терапии?	118

ГЕОГРАФИЯ

Расулов А.Б., Расулова Н.А. Опыт периодизации географических взглядов	121
---	-----

ЭКОЛОГИЯ

Султонова К.Р., Мусурмонкулов О.У., Эрназарова Х.Б. Рациональное использование чистой воды как злободневная проблема	124
--	-----

СЕЛЬСКОЕ ХОЗЯЙСТВО

Охрименко А.В., Вовк Н.И. Биологическое обоснование интродукции белого толстолобика (<i>Hiporhthalmichthys molitrix</i> (Val)) в водоем-охладитель Запорожской АЭС с целью его биомелиорации	127
---	-----

Индексная оценка результатов шинирования подвижных зубов на основе арматурно-адгезивной техники

Петрушанко Татьяна Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор
Украинская медицинская стоматологическая академия (г. Полтава)

Беликова Наталия Ивановна, ассистент
Буковинский государственный медицинский университет (г. Черновцы, Украина)

В статье дана сравнительная характеристика результатов шинирования подвижных зубов в зависимости от выбранной методики шинирования на основе арматурно-адгезивной техники. Доведена эффективность шинирования подвижных зубов с использованием биомеханически обоснованного метода шинирования с размещением стекловолоконного армирующего элемента на вестибулярной поверхности фронтальных зубов.

Ключевые слова: подвижность зубов, арматурно-адгезивная техника, гигиенические и пародонтальные индексы, эффективность шинирования.

Актуальность исследования. Патологическая подвижность зубов — один из ведущих симптомов воспалительно-дистрофических заболеваний тканей пародонта, которые встречаются у 80–95 % населения в возрасте старше 35 лет [15]. Достичь ремиссии патологического процесса без стабилизации подвижных зубов невозможно. С целью сохранения зубов и их функции применяют различные виды шинирования [1, 2, 4, 5]. Значительный выбор шин и способов шинирования не обеспечивает длительный срок пользования ими, поскольку происходит уменьшение их функциональной и эстетической ценности, наблюдается рецессия десны и усиление подвижности всего блока шинированных зубов [3, 5, 6, 7, 9, 13]. За последнее время наука достигла огромных успехов в создании легких и очень прочных материалов на основе стеклянных, керамических, полимерных и углеродных волокон. Но при технологических этапах использования шин на основе керамеров, стекловолокна или полиэтилена не учитывается в полной мере клиническая картина в полости рта, а именно — высота коронок фронтальных зубов, степень их наклона, обоснованность высоты размещения ретенционного паза, методика закрепления арматуры с точки зрения биомеханики [8, 10, 11, 12, 14].

Поэтому, остается актуальным вопрос биомеханического подхода к шинированию с использованием при изготовлении межзубных шинирующих элементов материалов, имеющих эластические свойства, позволяющие зубам сохранять подвижность на уровне физиологической, равномерно распределять и демпфировать нагрузки, вовлекать в регулирование жевательной нагрузки периодонто-мышечный рефлекс, гарантировать сохранение целостности конструкции во время жевания и проведения лечебных мероприятий, сохраняя при этом высокие функционально-эстетические качества шины.

Является доказанным факт, что наиболее распространенными сегментами зубных рядов для шинирования являются нижние и верхние фронтальные зубы. Сохранение передних зубов очень важно для пациента, так как по-

теря последних приводит, в первую очередь, к нарушению эстетики и дикции.

Цель исследования: определить эффективность различных методов шинирования подвижных зубов на основе арматурно-адгезивной техники с помощью индексной оценки состояния тканей пародонта и гигиены полости рта.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 52 пациентов с I-II степенью подвижности зубов (ПЗ) с диагнозом хронический генерализованный пародонтит (ХГП) I-II степени тяжести, которых разделили на две группы в зависимости от выбранного вида шинирования. Первая группа (сравнения) — пациенты с ХГП и ПЗ I-II степени, которым для стабилизации фронтальной группы зубов предложен традиционный метод арматурно-адгезивного шинирования (ААШ) с использованием стекловолоконного материала отечественного производства «Полиглас» и размещением армирующего элемента на язычной (небной) поверхности — 25 (48,08 %) пациентов, из них — 10 (40 %) лиц с шинированием зубов верхней челюсти (ВЧ), 15 (60 %) — нижней челюсти (НЧ). Вторая группа (основная) — пациенты с ХГП и ПЗ I-II степени, которым применяли авторский биомеханически обоснованный метод ААШ с размещением армирующего стекловолоконного материала отечественного производства «Полиглас» на вестибулярной поверхности фронтальных зубов — 27 (51,92 %) пациентов. Из них — 10 (37,03 %) человек с шинированием зубов ВЧ, 17 (62,97 %) — НЧ. При формировании групп пациентов учитывали следующие критерии: вид прикуса, отсутствие очагов хронической инфекции в организме, отсутствие множественных поражений твердых тканей зубов, уровня потеря эпителиального прикрепления до 4–5 мм. После проведенных комплексных лечебных мероприятий у пациентов I и II клинических групп в разные сроки наблюдений эффективность оценивали по данным клинического обследования, индексной оценки состояния тканей пародонта и гигиены полости рта, рентгенологическим изменениям костной ткани в динамике 18 месяцев

Таблица 1. Динамика изменений индексных показателей полости рта в ближайшие и отдаленные сроки наблюдений у пациентов обеих исследованных групп ($M \pm m$)

Группы пациентов	Сроки наблюдений	ОНИ-S	РМА, %	ПИ	ИК
I группа (сравнения) (25)	до лечения	$2,0 \pm 0,31$	$95,0 \pm 2,8$	$3,0 \pm 1,0$	$2,3 \pm 0,4$
	после лечения	$1,2 \pm 0,1$	$15,0 \pm 5,0$	$3,0 \pm 1,0$	$0 \pm 0,52$
	через 6 мес.	$1,9 \pm 0,3$	$35,0 \pm 5,0$	$3,0 \pm 1,0$	$1,2 \pm 0,5$
	через 12 мес.	$1,7 \pm 0,4$	$30,0 \pm 2,0$	$3,0 \pm 1,0$	$1,0 \pm 0,4$
	через 18 мес.	$1,7 \pm 0,4$	$30,0 \pm 2,0$	$3,0 \pm 1,0$	$1,0 \pm 0,4$
II группа (основная) (27)	до лечения	$1,9 \pm 0,34$	$93,0 \pm 3,0$	$3,1 \pm 0,9$	$2,4 \pm 0,6$
	после лечения	$1,2 \pm 0,1$	$15,0 \pm 5,0$	$3,1 \pm 0,9$	$0 \pm 0,52$
	через 6 мес.	$1,4 \pm 0,5$	$18,0 \pm 5,0^*$	$3,1 \pm 0,9$	$0,2 \pm 0,7^*$
	через 12 мес.	$1,2 \pm 0,1$	$15,0 \pm 5,0^*$	$3,1 \pm 0,9$	0^*
	через 18 мес.	$1,2 \pm 0,1$	$15,0 \pm 5,0^*$	$3,1 \pm 0,9$	0^*

Примечания:

1. В скобках — количество обследуемых.
2. * — достоверное отличие ($p < 0,05$) между показателями групп в одинаковые сроки наблюдений.

наблюдений. Для оценки состояния гигиены полости рта использовали индекс ОНИ-S, а состояния тканей пародонта — индексы РМА, ПИ по Russel, ИК по Mühlemann. Лечение пациентов обеих групп исследования проводили по следующей схеме: 1) профессиональная гигиена полости рта, обучение и составление индивидуального алгоритма ухода за полостью рта; 2) устранение травматической окклюзии (избирательное пришлифовывание зубов); 3) лечение симптоматического гингивита (ротовые ванночки раствором Гивалекс, ежедневные домашние аппликации на десна после утренних гигиенических процедур — Холисал геля; вечерних — Метрогил Дента (7–10 дней); 4) закрытый юретаж пародонтальных карманов; 5) постоянное адгезивное шинирование; 6) физиотерапия (контактная дарсонвализация десен № 12); 7) прием во внутрь Алфавита по 1 т. 3 раза в сутки (1 месяц); 8) прием Кальций Д3 Никомед по 1 т. во время завтрака и ужина (1 мес.); 9) рациональное питание. При необходимости хирургическое лечение заболеваний тканей пародонта (юретаж, лоскутные операции). Пациенты обеих исследуемых групп находились на диспансерном учете с обязательным обследованием через каждые шесть месяцев (6, 12 и 18 месяцев).

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе индексной оценки до лечения в обеих исследуемых группах, в среднем, было установлено, что индекс гигиены полости рта ОНИ-S составил $2,0 \pm 0,30$, индекс РМА — $95,0 \pm 3,0\%$, ПИ по Russel — $3,0 \pm 1,0$, ИК по Mühlemann — $2,35 \pm 0,5$ (табл. 1).

После проведенного лечения в обеих группах было достигнуто уменьшение воспалительных явлений и улучшение гигиенического состояния полости рта. Отмечалось отсутствие жалоб на отечность, кровоточивость десен, болевых ощущений, неприятного запаха изо рта. Десна бледно-розового цвета, безболезненные при пальпации, не кровоточат при зондировании, десневые со-

сочки расположены в межзубных промежутках. Подвижность зубов отсутствовала. Абсолютные значения индексных показателей сразу после завершения лечения у лиц основной группы и группы сравнения существенно не отличались и составляли в среднем: индекс ОНИ-S — $1,2 \pm 0,1$, РМА — $15,0 \pm 5\%$, ПИ по Russel — $1,0 \pm 0,54$, ИК по Mühlemann — $0 \pm 0,52$ (табл. 1).

Через 6 месяцев обследования пациенты основной (второй) группы жалоб на ухудшение качества шинирующих конструкций не предъявляли. Большинство пациентов — 74,1%, отмечали, что стали регулярно употреблять умеренно жесткую пищу. При осмотре на зубах НЧ наблюдались незначительные отложения зубного налета (ЗН), при этом дефектов шинирующих конструкций не было обнаружено. При оценке окклюзионных контактов отмечались от одного до трех супраконтактов, которые определяли с помощью окклюдодиаграммы и устраняли методом избирательного пришлифовывания. У этих пациентов наблюдалась тенденция к увеличению значений индексов ОНИ-S, ИК и РМА в сравнении с результатами, полученными сразу после лечения (табл. 1).

Поддерживающая терапия включала проведение профессиональной гигиены полости рта, ремотивацию, повторное обучение правилам ухода за полостью рта и его контроль, повторное составление индивидуального алгоритма ежедневной гигиены полости рта, устранение супраконтактов. Общее лечение заключалось в назначении витаминов «Алфавит», остеотропной терапии «Кальций-Д3 Никомед» (1 месяц).

В группе сравнения (первой) через 6 месяцев наблюдений установлено, что 64% пациентов жаловались на периодическую кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах изо рта. При объективном обследовании десен выявлено отек, гиперемия с явлениями цианоза, кровоточивость при зондировании, пародонтальные карманы (ПК) глубиной до 4–5 мм. На зубах НЧ опре-

делялись значительные отложения ЗН и зубного камня (ЗК), особенно в области шины. При опросе пациенты указывали, что не соблюдали все рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта, интердентальные ёршики использовали редко или вообще не использовали. Они отмечали, что шинирующая конструкция стала дополнительным ретенционным пунктом для задержки зубных отложений. У этих пациентов наблюдалось достоверное ухудшение значений индексов ОНІ-S, ИК и РМА в сравнении с результатами, полученными после лечения (табл. 1). У 16 % пациентов появились жалобы на шероховатость шинирующей конструкции, у 4 % — на скалывание части адгезивной шины (АШ). При ее осмотре было обнаружено скалывание композиционного материала без повреждения арматуры, а также супраконтракты в области сколов конструкции. Лечение пациентов группы сравнения также состояло в проведении профессиональной гигиены полости рта, ремотивации, повторном обучении правилам ухода за полостью рта и его контроле, повторном составлении индивидуального алгоритма ежедневной гигиены полости рта, восстановлении участка АШ композиционным материалом, устранении супраконтрактов, шлифовке и полировке адгезивной шинирующей конструкции, лечении симптоматического гингивита, назначении физиотерапевтических процедур. Общее лечение включало, как и в основной группе, назначение препаратов «Алфавит» и «Кальций-Д3-Никомед».

При анализе результатов шинирования в отдаленные сроки наблюдений было установлено следующее. Так, у пациентов второй (основной) группы через 12 мес. после проведенного лечения отмечена положительная динамика. Отсутствовали жалобы, в т. ч. и на ухудшение качества шинирующей конструкции. При осмотре на зубах НЧ определялись незначительные отложения ЗН, дефектов шинирующей конструкции не было обнаружено. Также наблюдалось снижение значений индексов ОНІ-S, ИК и РМА в сравнении с результатами, полученными через 6 месяцев после лечения, что может свидетельствовать об улучшении гигиены полости рта после проведения ремотивации и повторного обучения навыкам индивидуальной гигиены полости рта. В этой группе значения всех индексов через 12 месяцев после окончания лечения были достоверно ниже по сравнению с исходными значениями, что говорит о стабильности лечебного эффекта (табл. 1, рис. 1, 2).

В первой группе (сравнения) через 12 мес. наблюдений 80 % пациентов жаловались на периодическую кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах изо рта. При объективном обследовании десен выявлено отек, гиперемия с явлениями цианоза, кровоточивость десен при зондировании, ПҚ глубиной 4–5 мм. На зубах НЧ наблюдались значительные отложения ЗН и ЗК, особенно в области шины. При опросе пациенты данной группы указывали, что придерживались всех рекомендаций по индивидуальной гигиене полости рта, но АШ, расположенная на оральной поверхности нижних фронтальных зубов, затрудняла проведение гигиенических меропр-

ятий. У 36 % пациентов этой группы появились жалобы на шероховатость шинирующей конструкции, у 32 % — на скалывание части шины, у 4 % — на трещину АШ.

При обследовании шинирующей конструкции обнаружено скалывание композиционного материала с повреждением арматуры, а также супраконтракты в области шинирующей конструкции. У пациентов данной группы наблюдалось уменьшение значений индексов ОНІ-S, ИК и РМА в сравнении с результатами, полученными через 6 месяцев после лечения, но данные показатели увеличились в сравнении с таковыми результатами, полученными сразу после лечения (табл. 1, рис. 1, 2).

Лечение пациентов данной группы состояло в проведении профессиональной гигиены полости рта, восстановлении участка АШ композиционным материалом, устранении супраконтрактов, восстановлении целостности АШ, ее шлифовке и полировке, лечении симптоматического гингивита, назначении физиотерапевтических процедур. Общее лечение состояло в назначении препаратов «Алфавит», «Кальций-Д3-Никомед».

Через 18 месяцев после проведенного лечения у пациентов второй (основной) группы сохранялась положительная динамика, только 26 % пациентов жаловались на шероховатость АШ. При осмотре — десна в области фронтальной группы зубов бледно-розового цвета, плотные, безболезненные при пальпации, не кровоточат при зондировании, на зубах НЧ — незначительные отложения ЗН, дефектов шинирующей конструкции не обнаружено. Наблюдалось сохранение значений индексов ОНІ-S, ИК и РМА на уровне результатов, полученных через 12 мес. после лечения (рис. 1, 2). При этом данные значения не отличались от показателей этих индексов после лечения, что может свидетельствовать о хорошем состоянии гигиены полости рта после проведения ремотивации и повторного обучения навыкам индивидуальной гигиены, а также о стабильности лечебного эффекта. У пациентов этой группы не наблюдалось только достоверных различий в значениях ПИ по Russel в сравнении с результатами через год (ПИ — $3,1 \pm 0,9$). В этой группе значения всех индексов через 18 месяцев были достоверно ниже в сравнении с исходными значениями, что также свидетельствует о стабильности лечебного эффекта (табл. 1). Лечение состояло в проведении профессиональной гигиены полости рта, шлифовке шинирующей конструкции (при необходимости), назначении препаратов «Алфавит» и «Кальций-Д3-Никомед».

Анализируя полученные данные клинического обследования, индексной оценки состояния тканей пародонта, гигиены полости рта можно сделать вывод. У пациентов второй (основной) группы исследования, у которых шинирование проведено по авторской методике (с размещением армирующего элемента и самой шины на вестибулярной поверхности фронтальной группы зубов), наблюдается улучшение гигиены полости рта, состояния тканей пародонта после проведенного лечения и стабилизация патологического процесса в отдаленные сроки на-

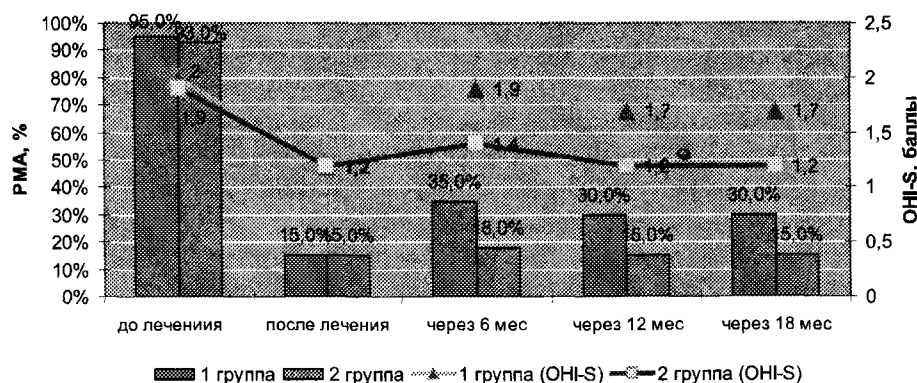


Рис. 1. Динамика изменений показателей индексов OHI-S и RMA в группах исследованных

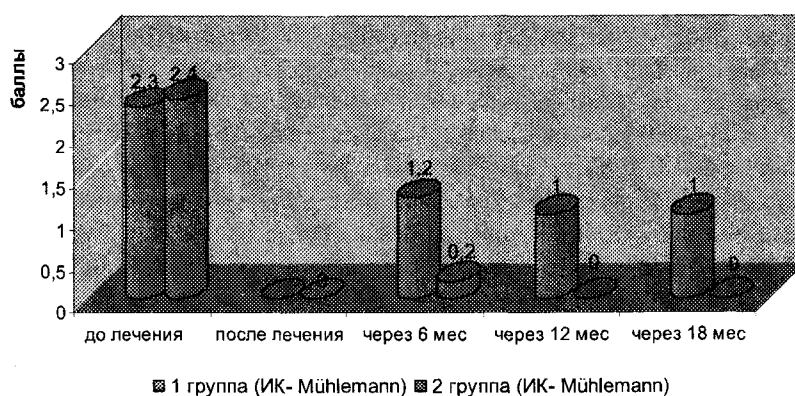


Рис. 2. Динамика изменений показателей ИК по Mühlemann в группах исследованных

блюдений. Это указывает на эффективность проводимых комплексных лечебных мероприятий.

У пациентов первой группы (сравнения) исследования, у которых шинирование проведено с размещением армирующего элемента на оральной поверхности фронтальной группы зубов, также наблюдается улучшение состояния тканей пародонта после проведения лечебных мероприятий, но стабилизации патологического процесса в отдаленные сроки наблюдений не выявлено. Некоторые пациенты в течение всего периода наблюдения жаловались на периодическую кровоточивость десен, неприятный запах изо рта. Они указывали, что придерживались всех рекомендаций по индивидуальной гигиене полости рта, но АШ конструкция, расположенная на оральной поверхности нижних фронтальных зубов, являлась дополни-

тельным ретенционным пунктом для задержки пищи и затрудняла проведение гигиенических мероприятий. Эти пациенты также жаловались на недостатки шинирующей конструкции в процессе эксплуатации: шероховатость, скалывание частей шины, возникновение трещин.

Таким образом, после проведенного лечения в обеих группах исследуемых было достигнуто уменьшение воспалительных явлений и улучшение гигиенического состояния полости рта. Улучшились абсолютные показатели параклинических индексов после лечения в основной группе и группе сравнения, которые существенно не отличались друг от друга, но в отдаленные сроки наблюдения (через 1 и 1,5 года) между ними наблюдалось существенное достоверное отличие в сторону их улучшения у лиц основной группы.

Литература:

1. Акулович А. В. Современные методики шинирования подвижных зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта / А. В. Акулович, Л. Ю. Орехова // Новое в стоматологии. — 1999. — № 4. — С.25–32.
2. Бакшутова Н. А. Современные методики шинирования зубов при заболеваниях пародонта / Н. А. Бакшутова, И. А. Головня, А. М. Заверная // Пародонтология. — 2000. — № 2. — С. 37–40.
3. Белоусов Н. Н. Адгезивные шины — современный метод выбора при шинировании зубов / Н. Н. Белоусов, О. А. Петрикас // Новое в стоматологии. — М. — 2000. — № 4. — С.75–77.

4. Делец А. В. Клинико-лабораторное обоснование шинирования подвижных зубов передней группы при малых дефектах зубного ряда с помощью авторской конструкции: автореф. дис... к. мед. наук / Делец Александр Владимирович; Екатеринбург, 2010 — 25с.
5. Золотарева Ю. Б. Влияние окклюзионных нарушений на течение воспалительного процесса в тканях пародонта / Ю. Б. Золотарева, И. Е. Гусева // *Стоматология*. — М. — 2001. — № 4. — С.21–23.
6. Меленберг Т. В. Биомеханические аспекты шинирования зубов. Часть III. Сравнительный анализ результатов расчета напряженно-деформированного состояния (НДС) нижней челюсти при пародонтите после шинирования подвижных зубов по традиционной методике и предлагаемой авторами (экспериментальное исследование) / Т. В. Меленберг, А. В. Ревякин // *Маэстро стоматологии*, 2006. — № 22. — С. 38–44.
7. Меленберг Т. В. Разработка шины и способа шинирования зубов при пародонтите / Т. В. Меленберг // *Уральский медицинский журнал*, 2011. — № 5 (83). — С. 40–43.
8. Меленберг Т. В. Роль математического моделирования методом конечно-элементного анализа в выборе шинирующей конструкции подвижных зубов при пародонтите / Т. В. Меленберг // *Обзорные прикладной и промышленной математики* — Часть II, 2006. — Том 13, выпуск 2. — С. 340.
9. Мурашкин Н. И. Результаты шинирования зубов металлокерамическими протезами при пародонтите / Н. И. Мурашкин, М. Н. Мурашкин, А. В. Пономарев — *Новые технологии в стоматологии: Сборник научных работ, посвященный 60-летию Победы в Великой Отечественной войне*. Рязань: РИО РГМУ, 2005. — С. 279–282.
10. Панкратова Н. В., Слабковская А. Б. Состояние пародонта зубов в процессе лечения их скученного положения — [Электронный ресурс] — <http://dev.orthos.ru/orthodont/articles/art2.shtml>
11. Сеницын В. Д. Реакция пародонта шинированных зубов на давление в зависимости от точки приложения силы к шинирующей конструкции / В. Д. Сеницын // *Стоматология*. — 1967. — № 3. — С.106–107.
12. Скорова А. В. Роль избирательного шлифования в лечении функциональных нарушений при воспалительных заболеваниях пародонта / А. В. Скорова // *Сборник трудов XXXI итоговой конференции общества молодых ученых МГМСУ*. — Москва, 2009. — с. 317–318.
13. Смирнова А. В. Анализ факторов возникновения локализованного пародонтита / А. В. Смирнова, Ю. С. Сокина // *Институт стоматологии*. — 2010. — № 3. — С.68–69.
14. Таптунова Г. Г. Клинические и экспериментальные исследования функционального воздействия консольного протеза на пародонт зуба / Г.Г. Таптунова. // *Стоматология*. — М. — 1975. — № 6. — С.40–42.
15. WHO releases new report on global problem of oral diseases // World Health Organization, 2009. URL: <http://www.emro.who.int/>.

Нужна ли компьютерная и магнитно-резонансная томография в стандарте обследования пациенток, перенесших эклампсию и нуждающихся в заместительной почечной терапии?

Саблин Иван Дмитриевич, ассистент
Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск)

Дорофеев Евгений Евгеньевич, заведующий отделением гравитационной хирургии крови и трансфузиологии;
Чепелянская Мария Владимировна, врач отделения анестезиологии и реанимации для женщин
Перинатальный центр (г. Хабаровск)

Лось Андрей Николаевич, заведующий отделением анестезиологии и реанимации;
Сокурец Надежда Леонидовна, врач отделения анестезиологии и реанимации
Городская клиническая больница № 10 (г. Хабаровск)

Введение

В практике клинического трансфузиолога и реаниматолога в акушерском стационаре встречаются пациентки, нуждающиеся в экстракорпоральной детоксикации после перенесенной эклампсии [1, с. 453; 2, с. 66; 3, с. 1525]. Таких больных немного, но терапия их крайне затруднительна. Это объясняется тем, что возникающий невроло-

гический дефицит подлежит дифференцировке среди нарушений ментального статуса, которые сопровождают большинство критических состояний. Наиболее общим примером может служить ситуация, при которой тяжелый гестоз, трансформирующийся в эклампсию требует интенсивной тактики от акушеров и реаниматологов, при этом возникший неврологический дефицит маскируется введением седативных препаратов, а в дальнейшем, при раз-