

местами, и больший из них перекрывает зону ложного сустава. Наряду с очевидными преимуществами, данный способ имеет и недостатки: 1) при получении трансплантатов не исключен выход линии остеотомии за пределы намеченного; 2) толщина диска циркулярной пилы делает ширину линии остеотомии более 1 мм, и чем больше контакт между трансплантатами и их ложем с одной стороны, тем шире щель с другой; 3) из-за утолщения или истончения концов костных отломков, толщина полученных трансплантатов неодинакова с обеих сторон, и при перемене местами наружные поверхности их и ложа не совпадают, что меняет контур кости с нарушением качества последующего накостного остеосинтеза.

Материалы и методы

Нами разработано и успешно апробировано два способа костной пластики, первый из которых (патент на изобретение 2524977 от 10.06.2014 г.), заключается в следующем. После репозиции костных отломков выполняют их продольную остеотомию двойной циркулярной пилой. Затем одинарной пилой продолжают линию остеотомии с каждой из двух сторон трансплантатов и соединяют концы этих линий под острым углом. После смены мест трансплантатов для предупреждения их вторичного смещения и усиления адаптации к костному ложу, легким постукиванием по их торцовой поверхности (используя в качестве переходника лезвие остеотома) вклинивают их в конгруэнтное костное ложе, а между ними и между одной из их двух боковых сторон и костным ложем плотно внедряют костную щепку, источниками получения которой служат заостренные края внутренней поверхности извлеченных из костного ложа трансплантатов и избыточные костные напластывания утолщенных концов костных отломков.

Преимуществами данного способа остеопластики являются: 1) прецизионность взятия трансплантатов с исключением растрескивания кости; 2) заклинивание заостренных концов трансплантатов постукиванием по их торцовой поверхности; 3) плотный контакт между трансплантатами и костным ложем, что, кроме устойчивости их фиксации, обеспечивает лучшие условия остеогенеза; 4) рациональное использование излишков костной ткани, полученной при моделировании концов костных отломков; 5) полное соответствие аутооттрансплантатов и краев костного ложа с исключением нарушения контура кости и снижения качества последующего остеосинтеза.

На VIII Международном биотехнологическом Форуме-выставке «РосБиоТех-2014» в Москве данный способ получил Диплом и Золотую медаль.

И, тем не менее, как традиционному способу Хухотова, так и его модификациям, свойственны существенные недостатки: 1) относительно большая протяженность скелетирования костных отломков с уменьшением их кровоснабжения; 2) ослабление прочности костных отломков при их распиливании; 3) высокие требования к технике операции с ее неэффективностью при растрескивании или неконгруэнтности полосок аутооттрансплантатов, поскольку распиленные концы костных отломков обычно уже не годятся для того чтобы что-то исправить или применить другой способ остеопластики.

Поэтому был предложен и другой способ свободной костной пластики (патент на изобретение № 2534524 от 02.10.2014 г.), заключающийся в следующем. Послойно достигают зоны ложного сустава трубчатой кости, пересекают хрящевую и рубцовую ткани между костными отломками, удаляют замыка-

тельные пластинки и сверлами восстанавливают проходимость облитерированных костномозговых каналов. Затем расширяют концы отломков конусовидной фрезой или зенковкой, при отсутствии которой можно раззенковать концы костных отломков боковыми режущими гранями сверла при круговых движениях электродрели. При взятии кортикально-губчатого аутооттрансплантата используют сдвоенную циркулярную пилу, диаметром 5 см и расстоянием между ее дисками от 1 до 2 см. Сформировав две параллельные линии остеотомии, сдвоенную пилу заменяют одинарной пилой, диаметром 3,5 см, а концы линий остеотомии продолжают в обе стороны и соединяют между собой. Полученный аутооттрансплантат подгоняют по длине и ширине к костномозговому каналу костных отломков и плотно внедряют одним из концов в костный отломок. Затем нанизывают другой костный отломок на заостренный конец аутооттрансплантата, для чего нужно его оттянуть и наклонить, а если этого недостаточно, то формируют паз на его краю, через который и заводят заостренный конец аутооттрансплантата. Если есть укорочение кости, то его компенсируют увеличением длины ромбовидного аутооттрансплантата. При выполнении накостного остеосинтеза пластиной на винтах, для усиления компрессии на стыке костных отломков при рациональном использовании продолговатых отверстий в пластине винты необходимо вводить от периферии к центру пластины. При этом последними вводят винты через средние отверстия пластины, захватывая ими и аутооттрансплантат.

Преимуществами данного способа костной пластики являются: 1) прецизионная точность взятия аутооттрансплантата и сведение к минимуму механического ослабления донорского участка; 2) надежное заклинивание трансплантата в костномозговом канале обоих костных отломков, обусловленное его ромбовидностью; 3) возможность компенсации укорочения кости, обусловленная увеличением длины аутооттрансплантата; 4) плотный контакт между костными отломками и аутооттрансплантатом, что, кроме стабильности и устойчивости фиксации костных отломков, обеспечивает оптимальные биологические условия для остеогенеза; 5) продолговатая форма аутооттрансплантата при заклинивании его в костномозговом канале обеспечивает ротационную стабильность костных отломков и оставление просвета костномозгового канала, что существенно для оптимального течения эндостального репаративного остеогенеза.

Результаты и обсуждения

Данные способы костной аутопластики эффективны, просты и экономичны, а их успешная апробация позволяет рассчитывать на более широкое внедрение в практику лечения больных с ложными суставами трубчатых костей.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА

Даллакян Л.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия, e-mail: levon969696@mail.ru*

Труд медицинских работников стоматологического профиля связан с наличием значительных профессиональных рисков, вызванных повышенной нервно-эмоциональной напряженностью, воздействием ряда неблагоприятных для здоровья производственных факторов, в числе которых: зрительное и эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая

поза, опасность передачи инфекции, контакт с аллергенами и токсичными веществами, шум, вибрация и др. (А.М. Лакшин, 2001; В.А. Катаева, 2002; Н.О. Петренко, 2009).

Исследования ряда авторов свидетельствуют о том, что заболеваемость медицинских работников стоматологического профиля более высокая, чем у врачей других медицинских специальностей (А.А. Калининская, Д.Г. Куницына, Д.Г. Мещеряков, 2006).

Разработка и организация профилактических мероприятий по созданию оптимальной рабочей среды для врачей-стоматологов должны быть направлены на соблюдение гигиены труда, устранение неблагоприятных профессиональных факторов в работе, профилактику и укрепление здоровья.

Цель исследования – гигиеническая оценка условий труда врачей-стоматологов терапевтического профиля и рекомендации для повышения качества жизни и профилактики нарушения здоровья.

Материал и методы исследования

Исследования проводили на базе 5 муниципальных стоматологических поликлиник г. Волгограда. Было проведено анкетирование 82 врачей-стоматологов терапевтического профиля. Из них 22,6% – мужчины, 77,4% – женщины. Имели стаж работы менее 5 лет – 11,3%; от 5 до 10 лет – 17,7%; 10-15 лет – 29%; более 15 лет – 41,9% респондентов.

Информационную базу оценки условий труда составили данные 66 карт аттестации рабочих мест и результаты исследований ряда критериальных показателей (шум, микроклимат, освещенность, характеристики трудового процесса), проведенные с использованием общепринятых методов и приборов. Анализ организации труда осуществляли по результатам хронометражных исследований с определением структуры затрат времени на приеме пациентов в период рабочей смены. Условия труда врачей-стоматологов оценивали в соответствии с действующими санитарными нормами и правилами, тяжесть и напряженность труда – в соответствии с регламентациями документами Р2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» (2005 г.). Также анализировали факторы, обусловленные организацией стоматологического кабинета, оборудованием. В процессе исследования использовали метод анкетирования, хронометраж рабочего времени, анализ карт аттестации рабочих мест.

Статистическая обработка и анализ результатов анкетирования проводили с использованием пакета программ <<SPSS>>. Достоверность между группами сравнения оценивали по критерию t Стьюдента.

Результаты исследования

По результатам анализа карт аттестации рабочих мест врачей – стоматологов терапевтического профиля установлено, что одним из вредных производственных факторов является биологический, по степени вредности класс – 3.3. Неблагоприятное влияние могут оказывать шум, превышающий допустимый уровень, класс – 3.2; напряженность труда, класс – 3.2; тяжесть труда, соответствует классу – 3.1. (таблица).

Источниками формирования вредного биологического фактора является воздействие бактериального аэрозоля при вращении стоматологического инструмента (боры, диски и др.), возможность инфицирования врача-стоматолога в процессе приема пациентов, что по степени вредности соответствует 3 классу, 3 степени (Н.А. Петренко, 2009).

Оценка степени вредности условий труда врача-стоматолога

Факторы	Класс условий труда				
	Допустимый уровень – 2	Вредный уровень			
		3.1	3.2	3.3	3.4
Биологический			√		
Шум		√			
Локальная вибрация	√				
Микроклимат	√				
Освещение	√				
Тяжесть труда		√			
Напряженность труда			√		
Общая оценка условий труда			√		

При оценке степени напряженности трудового процесса определяли:

а) интеллектуальные нагрузки – это содержание (сложность) работы, восприятие сигналов (информации) и их оценка в короткий промежуток времени. С учетом характера выполняемой работы они соответствовали классу – 3.2, распределение функций по степени сложности выполняемой работы, классу – 3.1.;

б) сенсорные нагрузки, а именно длительность сосредоточенного наблюдения, внимания в течение рабочей смены;

в) эмоциональные нагрузки – степень ответственности за результат собственной деятельности, значимость ошибки, степень ответственности за безопасность пациентов;

г) монотонность нагрузок, наличие нерегламентированных перерывов и их малая продолжительность.

Степень тяжести трудового процесса, как известно, определяется рабочей позой. Анализ проведенного хронометража показал, что врачи стоматологи-терапевты более 90% рабочей смены находятся в положении сидя, а врачи-ортопеды более 90% рабочего времени в положении стоя. Таким образом, стоматологи-стоматологи более 50% рабочего времени находятся в вынужденной рабочей позе, что соответствует вредности условий труда – 3.1.

Характеристики – локальная вибрация, микроклимат, освещение, соответствовали допустимому уровню вредности, класс – 2.

При анализе организации труда установлено, что количество больных на приеме в среднем составляет от 5-6 до 7 пациентов, с интервалом приема пациентов от 1 – до 5 мин. Это непосредственно связано с организацией стоматологического кабинета, с позиции эргономики, наличием вспомогательного медицинского персонала.

По данным анкетирования у 70% респондентов отмечали чувство утомляемости к концу рабочего дня, у 83,3% чувство напряженности во время работы. У 90% наличие общей напряженности к концу рабочего дня: усталость ног – у 76,7%; утомление органов зрения – у 86,7%, чувство усталости кистей рук – 73,3%, чувство усталости в области спины – 83,3%. К концу рабочего дня – 42% специалистов жалуются на головные боли, 21% – на миалгию кистей рук, плечевого пояса, ног.

Таким образом, выявленные неблагоприятные условия труда врачей-стоматологов терапевтического профиля могут способствовать нарушению их здоровья. (Э.П. Диктериева, 2004; Н.О. Петренко, 2009).

Выводы и рекомендации

1. Регламентировать перерывы в течение рабочей смены;
2. Труд медицинских работников стоматологического профиля сопровождается вредными производственными факторами;
3. По степени вредности и опасности труд врачей-стоматологов терапевтического профиля можно отнести к 3 классу 3 степени напряженности трудового процесса;
4. Подавляющее большинство обследованных специалистов проявляли жалобы на наличие признаков утомления к концу рабочей смены;
5. Для сохранения и поддержания работоспособности можно рекомендовать корректировку режима труда.
6. Ввести в структуру рабочего дня врача-стоматолога проведение производственной гимнастики, с выполнением физических упражнений направленных на укрепление и расслабление мышц спины, плечевого пояса, кистей рук и мышц ног, придания гибкости и эластичности позвоночнику, снятие напряжения зрительного анализатора;
7. Для уменьшения напряженности труда организовывать в поликлинике кабинеты психологической разгрузки.

АНАЛИЗ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Дибцева Т.С., Бирюлькина Е.С., Фирсова Е.П.

Волгоградский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 1, Волгоград, Россия, e-mail: nysha721@mail.ru

Количество детей с заболеваниями ЧЛЮ, поступающих на стационарное лечение, остается на высоком уровне (2). Нами был проведен ретроспективный анализ 214 историй болезни пациентов с острыми гнойными воспалительными заболеваниями (ОГВЗ) за 2010-2014 гг. Количество девочек – 92 (42,9%), мальчиков – 122 (57%). Возраст от 6 месяцев до 17 лет, средний возраст – 7,5 лет. Чаще причиной заболевания были молочные зубы (183), постоянные – 31. По распространенности чаще встречается острый гнойный периостит (в 2010 году было 27 (39%), в 2014 году зарегистрировано 22 (45%) больных), на втором месте – одонтогенная флегмона (15 (22%) и 10 (20%) заболеваний соответственно), на третьем – лимфаденит (2010 г. – 9 (13%) случаев, 2014 г. – 9 (18%)), на четвертом – абсцесс (10 (14%) и 5 (10%) больных соответственно). Наиболее редко встречающимся заболеванием оказался одонтогенный остеомиелит (7 (10%) случаев в 2012 г. и 2 (4%) в 2014). Всего в 2010 году было зарегистрировано 68 больных, в 2014 – 48. Чаще от ОГВЗ страдают мальчики, причем заболевания чаще развиваются от молочных зубов. В целом, отмечается тенденция к снижению развития одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний, что связано со своевременной диагностикой и назначением рационального лечения (1).

Список литературы

1. Маслак Е.Е., Казанцева И.А., Фурсик Т.И., Огонян В.Р. Профилактика кариеса зубов с высоким риском его развития // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 1997. – Т. 53, № 3. – С. 159-161.
2. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Филимонова Е.В. Характеристика травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей, находящихся на стационарном лечении // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: сборник научных трудов ВолГМУ. – Волгоград, 2009. – С. 107-110.

СТЕПЕНЬ РАССТРОЙСТВА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Дмитриева О.А., Леоненко Е.А., Вожжова В.Н., Писанко Г.Г., Шевченко П.П.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь, Россия, e-mail: tutuna88@mail.ru

Актуальность

Эпилепсия – хроническое заболевание, которое проявляется спонтанно с наступлением генерализованных судорожных припадков и возможным вариантом бессудорожного течения. На их фоне отмечается расстройство психо-эмоциональной сферы, тяжесть которой зависит от формы заболевания. Эпилепсия – это не только медицинская, но и социальная проблема. Ведь кроме припадков, заболевание может так же сопровождаться прогрессирующими изменениями личности.

По данным Европейской комиссии по эпилепсии данным заболеванием страдает около 50 миллионов человек, или 0,5-1% населения мира. При этом, не менее одного припадков в течение жизни переносят 5% населения; у 20-30% больных заболевание является пожизненным. В России по данным Минздрава РФ эпилепсия встречается с частотой от 1,1 до 8,9 случаев на 1000 человек. Риск возникновения эпилепсии зависит от возраста: наиболее часто болеют дети до 15 лет и лица старше 65 лет. В 2011 году в России зарегистрировано 38 505 больных с диагнозом, установленным впервые.

Цель исследования: проанализировать степень значимости заболевания для социума, дать итог данной патологии для больного.

Результаты

В изменение личности больного отмечается задержка психического развития, а также проявления эгоизма, замедленного мышления и чрезмерного внимания к несущественным деталям. Для больного характерны резкие перемены настроения (от неестественно-приветливого до злобно-агрессивного), он не может выделить главное, снижается словарный запас (олигофазия), ухудшается память, разрушается интеллект, вплоть до полного слабоумия. К первичной (идиопатической, генуинной) или врожденной форме относятся 70% случаев, при которых причина остается неизвестной. Данная форма заболевания характеризуется стремительным разрушением психики и интеллекта больного. В остальных 30% эпилепсия является следствием какого-либо заболевания. Эта форма называется вторичной (симптоматической), она имеет менее значимое действие на интеллект больного. Вторичная эпилепсия опасна развитием эпилептической энцефалопатии – при этом состоянии ухудшается настроение, появляется беспокойство, снижается уровень внимания, памяти и познавательных функций. Особенно актуальна данная проблема у детей, т.к. может приводить к отставанию в развитии и мешать формированию навыков речи, чтения, письма, счёта и др. А также неправильная электрическая активность между приступами может способствовать развитию таких тяжелых заболеваний, как аутизм, мигрень, синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Вывод

Качество жизни больных эпилепсией зависит от клинических проявлений заболевания (формы эпилепсии, вида, тяжести припадков), что выражается в более низких показателях качества жизни в психологической сфере, социальных взаимоотношениях, окружающей среде и общем качестве жизни и состоя-