

**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 поддержка 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-

нии здоровья у пациентов с височной локализацией эпилептического очага, свидетельствующих о более дезадаптивном течении заболевания у этих больных. У пациентов со смешанными припадками имеются тенденции к низкой оценке психологической сферы, уровня независимости, окружающей среды и общей оценки качества жизни, что является отражением тяжести течения заболевания и подтверждается отрицательной корреляционной связью между тяжестью припадков и субсферой уровень независимости. Существенную роль в оценке качества жизни играют возраст пациентов, возраст начала и длительность заболевания, подтверждающиеся лучшими показателями качества жизни у лиц подросткового и юношеского возраста в физической, психологической сферах, более высоким уровнем независимости, социальных отношений, общей оценке качества жизни. Социальный статус больных эпилепсией оказывает влияние на уровень качества их жизни: инвалиды ниже оценивали физическую сферу, уровень независимости, социальные отношения, окружающую среду и общую оценку качества жизни, связанную с ограниченной трудоспособностью с одной стороны и невозможностью трудоустроиться с другой. Оценка качества жизни отрицательно коррелирует с уровнем социальной фрустрированности (чем выше показатель шкалы «Уровень социальной фрустрированности», что соответствует низкой степени удовлетворенности основных потребностей больного, тем хуже качество жизни).

В зависимости от степени урежения припадков в процессе восстановительной терапии (по сравнению с контролем) при оценке показателей качества жизни выделено среди пациентов три подгруппы:

1) в большей степени положительная динамика всех показателей качества жизни наблюдалась у пациентов с выраженным улучшением (сокращением частоты припадков на 75% и более);

2) несколько меньше статистически достоверное улучшение показателей всех сфер качества жизни выявлено у пациентов с сокращением частоты припадков на 50 – 75%;

3) у пациентов с незначительным улучшением (сокращение частоты припадков менее чем на 50%) большинство показателей качества жизни оставались прежними, а в сфере динамика была отрицательной.

Достоверное улучшение показателей качества жизни, прямо пропорциональное сокращению пароксизмов, подтверждает зависимость уровня повседневного функционирования больного от частоты припадков. Комплекс восстановительных лечебно-реабилитационных мероприятий, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы терапии, позволил добиться не только значительного клинического улучшения течения эпилепсии (по заключению врача), но и повышения качества жизни пациентов (по оценке самих больных).

По статистике, смертность среди больных эпилепсией в 2,5 раза выше, чем у других категорий населения. Основных причин две.

1. Самоубийство в результате депрессии. Частота суицидов среди эпилептиков в 4 раза выше, чем у тех, кто этой болезни не имеет.

2. Синдром внезапной смерти. Так называется феномен, согласно которому от 8 до 17% больных эпилепсией (чаще всего это мужчины в возрасте от 20 до 40 лет), внезапно, без видимой причины, умирают.

#### Список литературы

1. Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я. Эпилептические психические расстройства и их ограничение. Эпилепсия: сб. – Т. II. – М., 1964. – С. 239.

2. Соколова И.В., Карпов С.М. Симптоматическая эпилепсия в детском и подростковом возрасте // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 45-46.

3. Вышлова И.А., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Стародубцев А.И. Последствия черепно-мозговой травмы: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №1-1. – С. 83-85.

4. Блейхер В.М. О расстройствах речи и памяти при эпилепсии. Эпилепсия: сб. – Т. II. – М., 1964. – С. 333.

5. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 44-45.

6. Карпов С.М., Гандьян К.С., Христофорандо Д.Ю., Елисеева Е.В., Суютина Д.Д., Волков Е.В. Клинико-психоневрологические проявления при сочетанной черепно-лицевой травме // Российский стоматологический журнал. – 2014. – № 4. – С. 45-48.

7. URL: <http://humbio.ru/humbio/epilepsia/000040ee.htm>.

#### ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Донцова В.А., Ширяева Т.В., Абакумов А.А.

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

#### Актуальность темы

Красный плоский лишай (Lichen ruber planus) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, проявляющееся образованием ороговевших папул. Среди многих факторов, определенное значение в развитии КПЛ слизистой оболочки полости рта имеет травма (острые края зубов, некачественные протезы, явления гальванизма, аллергическая реакция на пластмассу протезов и др.). Протезирование пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, в частности, красным плоским лишаем не являются противопоказаниями к изготовлению всех видов зубных протезов. Однако, при протезировании таких пациентов необходимо соблюдать ряд требований.

**Цель исследования:** повысить качество лечения стоматологических пациентов с КПЛ съемными и несъемными ортопедическими конструкциями.

#### Материал и методы

На лечение на кафедру ортопедической стоматологии ВолГМУ на базе ГАУЗ СП №1 поступила пациентка 70 лет с диагнозом: «Красный плоский лишай хронический, гиперкератотическая форма, стадия ремиссии. Полное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти II класс по Оксману, I тип по Суппле. Частичное отсутствие зубов на нижней челюсти IV класс по Гаврилову».

#### Результаты и обсуждение

Пациентке были изготовлены пластиночные съемные протезы при полном отсутствии зубов на верхней челюсти и частичном отсутствии зубов на нижней челюсти из пластмассы «Акри Фри», безномерного полупрозрачного материала на основе акриловых смол. По данным литературы (3) этот материал обладает следующими свойствами: прочностью и «долговечностью», эластичностью, не требуется препарирования естественных зубов, возможностью перебазировки, протезы из него – гибкие, легкие и обладают повышенной прозрачностью, высокой биосовместимостью с тканями полости рта. На него не отмечено аллергических реакций; поверхность протезов отлично полируется, что снижает адгезию микрофлоры ландшафта полости рта.

#### Вывод

Выявленные преимущества применения пластмассы «Акри Фри» обосновывают применение протезов из данного материала при протезировании пациентов с КПЛ слизистой оболочки полости рта.