

Нуждаемость в протезировании зубочелюстной системы в возрастной группе 35- 44 года соответствует 78,3%, 45-64 года в протезировании нуждаются 95,4%, а в возрасте 65-74 года необходимость в протезировании 100%.

«Европейские цели стоматологического здоровья» к 2020 году свидетельствуют о том, что в возрастной группе 65-74 года, 90% пациентов должны иметь функционально полноценный прикус (естественный или восстановленный) [1]. Полученные результаты исследования свидетельствуют о недостаточной информированности о гигиенических навыках полости рта, поэтому, назрела необходимость улучшения санитарно-просветительной работы в вопросах гигиены полости рта у больных сахарным диабетом. Патогенность зубного налета обусловлена его локализацией, наличием огромного количества микроорганизмов (до 500 млн. в 1 мг), и одновременно способствует усугублению воспалительной реакции в тканях пародонта. Необходимо отметить, что и пародонтальная инфекция может неблагоприятно влиять на уровень глюкозы при сахарном диабете. Лечение пародонтита, уменьшает бактериальное воздействие и способствует уменьшению количества глюкозы в крови у пациентов, страдающих диабетом. Это необходимо знать больным диабетом и их лечащим врачам (в первую очередь эндокринологам). При подготовке больных сахарным диабетом к стоматологической реабилитации основной задачей является максимально полная компенсация заболевания. [4]

Выводы. От состояния зубов во многом зависит внешний вид человека, поэтому многих пациентов, имеющих дефект зубного ряда, волнует эстетика. Самый большой объем работ по эстетической стоматологии проводят стоматологи-ортопеды, которые работают как самостоятельно, так и вместе со стоматологами других специальностей. Для восстановления целостности зубных рядов у больных сахарным диабетом необходимо при выполнении стоматологического лечения проводить обязательный контроль уровня глюкозы в крови. Врач должен помнить, что при повышенном уровне сахара в крови желателно отложить стоматологическое лечение до фазы компенсации. Устранение дефекта зубного ряда ведет к улучшению не только здоровья, но и внешнего вида пациента.

Список литературы

1. Кубрушко Т.В., Чесноков П.Е., Клименко Г.Я., Равинкин К.А., Хайн С.С. Управление эпидемиологической ситуацией и профилактикой патологии полости рта у подростков, проживающих в различных климатогеографических зонах: монография, Воронеж, 2009. – 140 с.
2. Лемецкая Т.И. Влияние сопутствующей соматической патологии на тяжесть деструктивных изменений в пародонте // Пробл. нейростоматологии и стоматологии. 1997. № 2. С. 26–28.
3. Пушенко А.А., Щербак А.В. Состояние полости рта у больных сахарным диабетом // Пробл. эндокринологии 1991. № 37 (3). С. 39–43.
4. Румянцева Е.В., Орехов Д.В., Батраев Р.Р. Обоснование комплексного подхода к стоматологическому протезированию больных сахарным диабетом // 1-2 марта V11 Международная научная конференция молодых ученых. Материалы: Сборник статей ГБОУ ВПО КГМУ. – Курск, 2013. Том 3. С. 128-132.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СИСТЕМЫ
ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Рябинин А.В., Мосеева М.В.

*Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, e-mail: rjabininalexandr@gmail.com*

При патологии желудочно-кишечного тракта часто возникают воспалительные поражения языка и тканей краевого пародонта, отмечена также вы-

сокая интенсивность кариеса зубов. Поэтому вопросы профилактики основных стоматологических заболеваний у пациентов с воспалительно-деструктивными поражениями желудка и тонкого кишечника остаются актуальными. Доказано (В.Ю. Хитров и соавт., 2010), что в период обострения основного соматического заболевания у пациентов этой группы складывается критическая ситуация как в плане прогрессирования кариеса зубов, так и воспалительных заболеваний пародонта. На основе добровольного информированного согласия в исследовании приняли участие 46 пациентов от 15 до 18 лет, находящихся на стационарном лечении в специализированном гастроэнтерологическом отделении с диагнозом эрозивный гастрит, эрозивный дуоденит. Пациенты были разделены на 2 группы (контрольную и группу исследования) аналогичного возрастного-полового состава. Пациентам группы исследования был проведен курс стоматологических профилактических мероприятий в виде ротовых ванночек «Составом для профилактики заболеваний зубов и пародонта» (регистрационный номер уведомления о поступлении заявки 2013117790), содержащий корень девясила. Всем пациентам определяли интенсивность кариеса, электропроводность эмали, степень воспаления десны по индексу (РМА), вязкость слюны в период обострения основного заболевания и в период ремиссии в течение 6 месяцев после окончания курса терапии. Исходные показатели у обследуемых групп не имели достоверных отличий. Исследование в период ремиссии выявило достоверное снижение в группе исследования прироста кариеса по индексу КПУ полостей (0,27±0,09 против 0,90±0,13 в контрольной группе) и показателя электропроводности эмали на 15,68%. Отмечено снижение индекса РМА на 43,10%, вязкости слюны на 22%.

Из полученных данных видно, что профилактические мероприятия, направленные на патогенетические факторы, влияющие на развитие основных стоматологических заболеваний, имеют высокую эффективность при проведении в период лечения основного заболевания.

**ОСОБЕННОСТИ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ
И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ
ПОРАЖЕНИЙ ЭКТОЦЕРВИКСА ПРИ ВТОРИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Созонова А.В., Вотинцев А.А.

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская
государственная медицинская академия»,
Ханты-Мансийск, e-mail: alexvoj@mail.ru*

Актуальность проблемы. Рак шейки матки (РШМ) в настоящее время в России является третьим по частоте злокачественным процессом женских половых органов и встречается с частотой примерно 19,56 на 100. тыс. женского населения. При этом, настаивают как темпы роста заболеваемости данной патологией (за 10 прошедших лет рост заболеваемости раком шейки матки составил 24,97%, а среднегодовой прирост – 2,2%), так и явное омоложение группы пострадавших женщин (в 2012 г. средний возраст заболевших – 51,9 лет против 54,4 г. в 2002 году) [2]. Однако в оригинальных исследованиях некоторых авторов приводятся и более угрожающие показатели среднего возраста пациенток с впервые установленным диагнозом рака шейки матки – 41,1±9,6 лет [4].

Значительным достижением в борьбе за снижение заболеваемости раком шейки матки явилась раз-