

При анализе младенческой смертности по территориям области установлено, что на первом месте находился Черноярский район – 15,0 на 1000, на втором – Енотаевский район – 13,9 на 1000, на третьем – областной центр г. Астрахань – 13,3 на 1000, на четвертом – Ахтубинский район – 11,8 на 1000 и на пятом – Володарский район – 11,4 на 1000. При этом показатель смертности превышал среднеобластной уровень в Черноярском, Енотаевском районах и в г. Астрахани – 15,0; 13,9 и 13,3 на 1000 соответственно. Наименьший показатель был в Приволжском районе – 6,0 на 1000.

В динамике на большинстве территорий показатель младенческой смертности имел тенденцию к снижению. Так выраженные и статистически достоверные тенденции к снижению отмечались в Красноярском, Лиманском районах и в г. Астрахани. Формирующиеся тенденции к снижению показателя были в Ахтубинском, Володарском, Енотаевском, Камызякском, Наримановском, Приволжском, Харабалинском районах и в г. Знаменске. В Икрянинском и Черноярском районах показатели младенческой смертности были стабилизированы в динамике.

Наиболее интенсивно уровень младенческой смертности снижался в г. Знаменске (–16,7%), Красноярском районе (–11,5%), Наримановском районе (–10,3%), Лиманский район (–9,9%), Приволжском районе и г. Астрахань (по –8,0% соответственно).

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ

Аджигеримова Г.С., Ярославцев А.С.

*Астраханская государственная
медицинская академия,
Астрахань, e-mail: yarastr@mail.ru*

В настоящей работе представлен анализ смертности детей Астраханской области в возрасте от 0 до 14 лет в посткризисный период с 2000 по 2009 г. Уровень смертности детей в среднем за период наблюдения составил 1,37 на 1000.

Первое место занимали отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 0,34 на 1000, второе – травмы и отравления – 0,29 на 1000, третье – врожденные аномалии развития – 0,27 на 1000, четвертое – болезни органов дыхания – 0,14 на 1000 и пятое – некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 0,09 на 1000.

Если исключить из структуры ведущих причин отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде от которых дети погибают на первом месяце жизни, то травмы и отравления станут ведущей причиной гибели детей.

Анализ динамики ведущих причин смертности детей показал, что выраженной и статистически достоверной тенденцией к снижению показателя характеризовались лишь болезни органов дыхания. Происходило это в основном за счет снижения вирусных и бактериальных пневмоний. Все другие причины характеризовались либо формирующимися тенденциями, либо были стабилизированы в динамике. Так, например, формирующейся тенденцией к росту характеризовались болезни системы кровообращения. Формирующиеся тенденции к снижению имели: некоторые инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов пищеварения, отдельные состояния перинатального периода, травмы и отравления. Новообразования, болезни крови и кроветворных органов, болезни эндокринной системы, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития были стабилизированы в динамике.

Наиболее интенсивно росли болезни системы кровообращения (+ 20,0).

Наиболее интенсивно снижались болезни органов дыхания (–7,1). На втором месте находились травмы и отравления (–3,4), на третьем – некоторые инфекционные и паразитарные болезни и болезни органов пищеварения (–3,3), на четвертом – отдельные состояния перинатального периода (–2,9).

Анализ смертности детей от 0 до 14 лет по территориям Астраханской области показал, что в среднем за период наблюдения на первом месте находились Ахтубинский и Наримановский районы, составляя по 1,43 на 1000, на втором – Харабалинский район – 1,31 на 1000, на третьем – Енотаевский район – 1,28 на 1000, на четвертом – Володарский район – 1,26 на 1000 и на пятом – Лиманский район – 1,22 на 1000.

В результате анализа динамики смертности детей по территориям Астраханской области установлено, что на четырех территориях области динамика смертности характеризовалась формирующейся тенденцией к росту показателя: Володарский, Красноярский, Приволжский, Харабалинский районы. В г. Знаменске динамика смертности характеризовалась формирующейся тенденцией к снижению показателя. На остальных территориях области показатель смертности детей был стабилизирован в динамике.

Анализ среднегодового темпа прироста смертности детей показал, что наиболее интенсивно она росла в Красноярском районе (+ 6,8%). Второе место занимал Харабалинский район (+ 6,1%), третье – Приволжский район (+ 5,7%), четвертое – Енотаевский район (+ 4,7%) и пятое – Володарский район (+ 4,0%). Наиболее интенсивно смертность детей снижалась в г. Знаменске (–10,4%).

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ С УЧЕТОМ ВИДА АДЕНТИИ

¹Ашуев Ж.А., ³Ильдаров Р.Т.,
²Калининская А.А.

¹ЦНИИС;

²ФГУ «Центральный научно-исследовательский
институт организации и информатизации
здравоохранения» Росздрава, Москва, e-mail:
Akalinskaya@yandex.ru;

³ООО «Комфорт-Дент», Москва

В статье представлен выбор формы и конструкции имплантата в стоматологии, а также способы зубного протезирования, с использованием имплантации.

Довольно эффективно в восстановлении стоматологических функций используется имплантация. Вместе с тем, обеспечение эффективности комплекса имплантационных мероприятий в полости рта немыслимо без серии подготовительных этапов, включающий правильный выбор ортопедических конструкций [1, 2].

Несмотря на многообразие вариантов дефектов зубных рядов, первостепенное значение при выборе имплантатов, методики их применения и способа протезирования имеют 4 вида дефектов: одиночные, включенные двух и более зубов, концевые и полная адентия.

Как показал клинический опыт, имплантаты могут использоваться для замещения различных дефектов зубных рядов. При этом не только форма, конструкция имплантата и методика его установки, а также его размеры определяются в зависимости от вида адентии.

Выбор формы, и конструкции имплантата

Имплантат со всех сторон должна окружать кость толщиной более 1 мм. В противном случае окружающая имплантат костная ткань теряет способность к адекватному остеогенезу, может происходить нарушение биодинамического равновесия имплантата. Это положение можно объяснить таким образом: после препарирования костного ложа может образоваться зона некроза глубиной 0,5 мм. С другой стороны, при отслойке слизисто-надкостничных лоскутов и повреждении питающих кость сосудов следует также ожидать образования зоны некроза с внешней стороны альвеолярного отростка. В случае если толщина кости между ложем имплантата и ее наружным краем будет менее 1 мм, возникает угроза образования сплошной зоны некроза и отсутствия слоя жизнеспособной костной ткани, на основе которой будет происходить остеогенез.

Для установки имплантата необходима не только определенная толщина, но и высота кости. Существует общепризнанное правило: анатомические образования, такие как нижнечелюстные каналы, верхнечелюстные пазухи. Кроме того, имплантаты и соседние с ними зубы, а также имплантаты между собой должен

разделять слой кости толщиной не менее 1,5 мм. В основе лежат данные о ширине зоны некроза после атрауматичного препарирования кости. При замещении одиночных, включенных и концевых дефектах зубных рядов мы использовали различные имплантационные системы («Биомал-имплант», «Лико», «Astra-Tech»).

Основная имплантационная система которую мы использовали при ранней реабилитации пациентов была – система «Биомал-имплант» – 475 имплантатов. Две другие системы использовались для двухэтапной методики – контрольная группа.

При установке имплантатов системы «Биомал-имплант» мы достигали хорошей первичной стабилизации, что очень важно при ранних функциональных нагрузках. Прежде чем приступить к операции внутрикостной имплантации снимали слепок (альгинатный, силиконовый), чтобы изготовить в лабораторных условиях временную ортопедическую конструкцию из пластмассы. В дальнейшем по центру пластмассовой коронки делали сквозные отверстия, чтобы безошибочно выбрать размер и направление имплантата. После завершения хирургической процедуры инсталляции имплантата, проводили перебазировку временной ортопедической конструкции с помощью самоотверждающей пластмассы – Structur-2 SC (Германия). Пришеечную часть на пластмассовой коронке моделировали согласно контурам десны соседних зубов, чтобы достичь эстетического результата. В дальнейшем после снятия шовного материала обращали внимание на наличие или же отсутствие воспалительного процесса. Если слизистая оболочка в области имплантата была бледно-розового цвета без признаков воспаления. Снимали слепок, чтобы изготовить окончательную ортопедическую конструкцию из металлокерамики. В том случае, когда были не уверены в биодинамическом равновесии имплантата временную конструкцию оставляли на 2–3 мес.

При всех дефектах зубных рядов техника проведения операции внутрикостной имплантации с ранними функциональными нагрузками, была аналогичной. А количество имплантатов выбирали, с учетом количества отсутствующих корней зубов. Все зависит от способа протезирования и анатомических условий.

Способ протезирования

Конструкции протезов которые используют при зубной имплантации можно разделить на: несъемные мостовидные протезы (металлокерамика); условно-съемные (фиксация при помощи винтов); балочные конструкции для фиксации полных съемных зубных протезов на замках.

При протезировании на имплантатах с помощью мостовидных несъемных конструкций включали в протез сохранившиеся опорные зубы.

Условно-съемное протезирование осуществляется в том случае когда опорой зубного протеза служат разборные, винтовые или цилиндрические имплантаты.