

Количество имплантатов для несъемных мостовидных и условно-съемных конструкций при частичной адентии зависит от вида адентии и возможности использования оставшихся зубов.

При полной адентии для фиксации съемных протезов можно установить 4 имплантата. Для расчета количества имплантатов в данной клинической ситуации можно руководствоваться следующими правилами.

1. При уплощении фронтальной части дуги альвеолярного отростка следует устанавливать два винтовых или цилиндрических имплантата с высотой внутрикостной части более 10 мм, расстояние между которыми должно составлять приблизительно 20 мм, с последующим изготовлением балочной конструкции.

2. При выраженном радиусе переднего отдела дуги альвеолярного отростка лучше установить 3–4 винтовых или цилиндрических имплантата с высотой внутрикостной части более 10 мм и изготовить условно съемный протез.

Для несъемного протезирования при полной адентии устанавливали от 6 до 8 имплантатов, с учетом анатомо-топографических условий в полости рта.

Таким образом, при зубной имплантации основополагающим направлением является правильный выбор ортопедической конструкции с учетом первичной стабильности имплантата, и анатомо-топографических условий в полости рта. Ранние функциональные нагрузки при зубной имплантации являются предметом высокого профессионализма всех специалистов (хирург, ортопед и зубной техник), именно они могут решить; нагружать имплантат, или же отсрочить; достижение эстетического и функционального оптимума.

Список литературы

1. Алимский А.В., Курбанов Р.Р. Оценка мотивации населения к ортопедическому лечению на основе метода деятельной имплантации // *Маэстро стоматологии*. – 2012. – № 2. – С. 20–22.

2. Мещеряков Д.Г. Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности стоматологической помощи населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 52 с.

АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗ НА ФОНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ВЫЗВАННОГО ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ И ПАРАЦЕТАМОЛОМ

¹Воронина Ю.К., ¹Терещенков А.О., ¹Юрина Е.Г.,
¹Шарапов В.И., ²Русских Г.С., ^{1,2}Потеряева О.Н.

¹Новосибирский государственный
медицинский университет;
²НИИ биохимии СО РАМН, Новосибирск,
e-mail: Olga_Poteryaeva@mail.ru

Воздействие четыреххлористого углерода (CCl₄) и парацетамола остаются достаточно распространенными в мире причинами поражений

печени. В работе изучали и сравнивали активность матриксных металлопротеаз (ММП-2,7) в сыворотке крови крыс в условиях экспериментального повреждения печени, вызываемого внутрижелудочным введением четыреххлористого углерода (CCl₄) и парацетамола. Исследовали активность ММП на фоне карсила и сухого экстракта березы повислой (*Betula pubescens*). Активность ММП-2,7 в образцах сыворотки крови измеряли по методу Nagase et al. [1994].

В контрольной группе активность ММП составила 190,4 ± 11,35 мкмоль МСА/л/ч. Введение CCl₄ и парацетамола вызывало у крыс развитие токсического гепатита, которое сопровождалось повышением активности ММП (252,0 ± 11,84 и 259,7 ± 14,46 мкмоль МСА/л/ч, соответственно; P < 0,001). Введение карсила на фоне парацетамола и CCl₄ снижало активность ММП до контрольного уровня (180,9 ± 7,22 мкмоль МСА/л/ч, P < 0,001 и 202,8 ± 19,23 мкмоль МСА/л/ч, P < 0,05, соответственно). Введение сухого экстракта березы приводило к достоверному снижению активности ММП (CCl₄ – 200,3 ± 12,25 и парацетамол – 171,0 ± 2,77 мкмоль МСА/л/ч, P < 0,001).

Таким образом, при токсическом повреждении печени, вызванном CCl₄ или парацетамолом, у крыс в сыворотке крови увеличивалась активность ММП. Карсил и сухой экстракт березы снижали активность ферментов, причем при экспериментальном гепатите, вызванном парацетамолом более эффективно.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Вязова А.В.

ФГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный
технический рыбохозяйственный университет»,
Владивосток, e-mail: medway@mail.ru

В настоящее время в системе здравоохранения эффективное ведение хронического больного сталкивается с большим числом трудностей. Хронические заболевания требуют комплексного подхода в течение длительного периода времени с участием широкого круга медицинских работников, доступностью к необходимым методам лечения и мониторинга, расширением возможностей больного. Ведение хронических заболеваний связаны со сложностью подбора медикаментозной терапии. На рынке появляются всё новые, более мощные лекарственные средства, прошедшие клинические исследования далеко не всегда именно на тех группах больных, кому они предназначаются, т.к. характеристики таких групп больных, особенно возраст, не позволили бы им стать участниками исследований по эффективности данных препаратов. Еще одна проблема – многим больным хроническими заболеваниями назначается ле-

чение по поводу сразу нескольких заболеваний. Больные получают сложное сочетание препаратов, однако сочетанная их эффективность и возможные лекарственные взаимодействия часто еще не полностью изучены. Следующим вопросом в ведении хронического больного становится обучение приемам самопомощи, умению связать изменения в своем поведении с имеющимся у них заболеванием. Здесь хорошо зарекомендовали себя школы здоровья для больных. На современном этапе – это помощь больному выработать адекватное отношение к своей болезни, и таким образом положительно влиять на её течение, т.е. когда речь идёт не только о повышении качества жизни больного, но также и о преодолении болезни или преодолении стресса. Рассмотренные отдельные проблемы ведения хронического больного позволяют сделать вывод, что изменения в системе здравоохранения, личное участие больного, крепкие социальные связи и степень мотивации будут действовать в целях улучшения здоровья хронического больного и контроля над своим заболеванием.

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
К ИЗУЧЕНИЮ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С НАРУШЕНИЕМ
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ**

Гайдарова А.Э.

*ФГУ ЮОМЦ ФМБА РФ, Махачкала,
e-mail: ali.969@mail.ru*

Рассмотрен подробный алгоритм оценки качества медицинской помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья.

Резвившийся в стране социально-экономический кризис привел к негативным сдвигам в состоянии здоровья населения страны, затрагивая все его составляющие. В последние годы отмечается интенсивный рост заболеваемости с нарушением репродуктивной функции (А.Л. Линденбратен, 2005; Е.И. Нестеренко, М.А. Шарафутдинов, 2006; Ю.П. Лисицын, 2009; А.А. Калининская и др. 2011).

Целью исследования явилось определение методологических подходов к экспертному анализу качества медицинской помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья по материалам уголовных и гражданских дел о профессиональных правонарушениях врачей-урологов/гинекологов. Объектом научного анализа явилась содержательная сторона экспертиз по материалам «врачебных» дел при оказании медицинской помощи урологическим и гинекологическим больным по республике Дагестан. При этом было изучено 68 заключений по материалам уголовных дел рассматриваемой категории и 42 заключения по материалам гражданских дел. Проанализировано 90 протоколов лечебно-контрольных комиссий и комиссий по

изучению летальных исходов при урологических и гинекологических заболеваниях, а также 90 медицинских карт стационарных больных по каждому случаю, ставшему предметом изучения экспертных комиссий. Проведено анкетирование врачей-урологов и гинекологов (356 единиц наблюдения), традиционно относимых к категориям высокого профессионального риска.

С помощью комплексного системного подхода к объекту исследования установлен алгоритм экспертного анализа качества медицинской помощи пациентам урологического и гинекологического профиля:

1. Построение системы экспертных версий относительно причины неблагоприятного исхода заболевания;
2. Экспертный анализ заболевания, имевшего место у пациента;
3. Экспертный анализ организации и условий осуществления (включая характер деяний самого пациента и его законных представителей) лечебно-диагностического процесса;
4. Экспертный анализ правильности, полноты, своевременности и адекватности лечебно-диагностического процесса;
5. Экспертный анализ результатов лечебно-диагностического процесса и признаков причинной связи.

Экспертный анализ при производстве экспертиз по материалам «врачебных» дел начинается с построения системы экспертных версий относительно неизвестного основания – причины неблагоприятного исхода урологического и гинекологического заболевания, включающей в себя пять версий. Неблагоприятный исход связан с:

- Закономерным развитием патологических процессов, вызванных основным заболеванием.
- Несчастливым случаем в медицине.
- Виновными действиями (бездействием) пациента или его законных представителей.
- Виновными действиями (бездействием) медицинских работников.
- Профессиональной ошибкой медицинских работников.

Результаты проведенного анкетирования медицинских работников свидетельствуют о неоднозначной оценке ими влияния особенностей течения урологического (гинекологического) заболевания на вероятность достижения неблагоприятного исхода лечения. Наибольшее значение (2,5 балла по трехбалльной шкале) придается врачами-урологами (гинекологами) таким обстоятельствам, как состояние пациента в момент поступления в ЛПУ (тяжелое, агональное, бессознательное и пр.), характер варианта (формы, стадии) основного заболевания, имевшего у него место (2,4 балла), наличие диагностических категорий высокого риска (2,1 балла), что определяет необходимость более детального и скрупулезного подхода к экспертному анализу заболевания и его роли в исходе лечения.