

ды оценки двигательной активности животных в эксперименте, что снижает объективность регистрации и увеличивает трудоемкость измерений. Для уменьшения ошибок и повышения репрезентативности измерений использовали компьютерную видеозапись эксперимента. Это позволяло многократно анализировать полученные результаты, перепроверяя их несколькими экспериментаторами. Наличие записи эксперимента не только повышает надежность выводов, но и позволяет демонстрировать результаты опытов коллегам. Мы в своей работе использовали комбинированную аналого-цифровую систему видеорегистрации, в которой для захвата видео изображений использовалась аналоговая видеокамера высокого разрешения (600 твл). Видеосигнал с камеры передавался на аналого-цифровой преобразователь с разрешением 720 p. При этом использовали системный блок с объемом жесткого диска 320 Гб при наличии двух ядерного процессора и 3-4 Гб оперативной памяти. Так как одна минута видеозаписи занимала 1,1 Гб, то 4 часовая регистрация экспе-

римента требовала наличия 245 Гб свободного места на диске. Видеорегистрация предполагает применение как диффузного, так и точечного освещения объекта съемки под углом относительно оси движения животного, что устраняет тени и блики и создает комфортную обстановку для эксперимента. Полученные массивы данных перекодировали в экономный формат с использованием программного комплекса Nero 7 premium, что уменьшало объем записи эксперимента до 2-5 МБ в минуту на диске без потери качества изображения. Перекодировка сопровождалась записью данных на DVD диск, объемом 4,7 Гб, что позволяло сохранять на одном оптическом носителе около 38 часов записи эксперимента. Зарегистрированные результаты эксперимента можно было оценивать и визуально, и количественно с использованием специализированного программного обеспечения. Это повышало точность измерений и объективность полученных выводов при оценке двигательной активности интактных грызунов, а также этих же животных в ходе различных экспериментов.

Медицинские науки

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВТОРНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРИЕСА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОПТИЧЕСКОЙ МИКРОСКОПИИ

Гажва С.И., Зызов И.М., Кучер В.А.

ГБОУ ВПО НижГМА МЗСР России, Нижний
Новгород, e-mail: zyz-ivan@mail.ru

Несмотря на внедрение и применение в стоматологии современных технологий, качество эндодонтического лечения до настоящего времени оставляет желать лучшего и требует дальнейшего совершенствования. Каждый день, занимаясь эндодонтическим лечением корневых каналов зубов, врачи-терапевты сталкиваются с проблемами, решая которые они испытывают затруднения. В таких ситуациях возникает необходимость использования дополнительных методов диагностики и лечения, одним из которых является оптическая микроскопия. Нами проведено исследование эффективности применения оптической микроскопии при повторном эндодонтическом лечении корневых каналов зубов у взрослых.

Основными причинами направления к специалисту, использующему данный метод, были: неуспешная распломбировка корневого канала, клиническое отсутствие устья корневого канала при его визуализации на КТ и RVG, заклинивание отломка инструмента, заклинивание штифта в корневом канале, перфорация, лизис верхушки корня, отсутствие эффективности проведенного повторного лечения. Всего повторное эндодонтическое лечение было проведено в 240 зубах

с диагнозом хронический апикальный периодонтит (K04.5) в период с 2006 по 2010 годы на базе стоматологической клиники «Садко». Мы разделили клинические случаи на две сопоставимые группы с одинаковой структурой ошибок и неблагоприятных исходов. В группе исследования лечение проводилось с использованием метода оптической микроскопии, в группе сравнения стандартным методом.

В исследовании мы использовали операционный микроскоп SOM 62 KarlKaps, Бинокуляр $f = 182$ мм/WF12,5x, Объектив Варио $f = 200 - 400$ мм. Оптическое увеличение до 25 раз. Освещение: осветитель холодного света 15B/150 Вт.

В некоторых случаях была четко установлена причина несостоятельности ранее проводившегося лечения, что помогло достичь положительного результата. Хотим заметить, что при извлечении фрагмента штифта из корневого канала, закрытие перфорации корня, поиск устья корневого канала, эффективность применения оптической микроскопии составила 100%, а в случаях извлечения фрагмента инструмента из КК и распломбировки КК составила 87,50 и 91,30% соответственно. Неудачи по нашим предположениям были связаны с неудачными попытками распломбировки корневого канала без использования микроскопа, во время которых произошло значительное изменение анатомии камеры пульпы и корневого канала. В случае с извлечением фрагмента инструмента, неудачи были связаны с апикальным расположением отломка, в процессе извлечения которого произошло значительное истончение тканей корня, что уменьшает его устойчивость

к трещинам и переломам при нагрузке. Таким образом, исследование показало необходимость тщательного планирования и прогнозирования лечения с использованием оптического микроскопа, учитывая условия последующего функционирования зуба. При соблюдении этих условий метод показывает высокую эффективность в большинстве клинических случаев.

Использование метода оптической микроскопии и включение его в алгоритм по устранению ошибок и неблагоприятных исходов эндодонтического лечения осложнений кариеса повышает его эффективность в 1,96 раза. При распломбировке корневого канала в 1,75 раза; поиске устьев корневых каналов – в 2 раза, извлечении отломков инструментов – в 2,33 раза; извлечении корневых штифтов – в 1,25 раза, закрытии перфорации корня – в 3,5 раза, закрытии резорбции корня – в 1,6 раза.

Существует большое количество проблем, связанных с качеством эндодонтического лечения осложнений кариеса, которые необходимо решать в ближайшее время. Повышение качества данного вида стоматологической услуги зависит от многих факторов, среди которых ведущую роль играет уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов, материально-техническое оснащение клиники и стремление к самоусовершенствованию и техническому развитию. При обнаружении врачебной ошибки необходимо: провести рентгенологическое исследование для постановки диагноза и установления причины возникновения ошибки; уточнить анатомо-морфологические особенности строения корневой системы причинного зуба по КТ или по сводным таблицам; провести планирование предстоящего лечения, с учетом полученных данных; использовать предложенные алгоритмы для устранения врачебной ошибки, включающие применение метода оптической микроскопии; провести контроль качества проведенного лечения, сделать соответствующие записи в амбулаторной карте; диспансерное наблюдение 1 раз в 6 месяцев.

СТАЦИОНАРЫ НА ДОМУ: ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ПОКАЗАТЕЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Калининская А.А., Алиева Л.М.

ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России,
Москва, e-mail: AKalininskaya@yandex.ru

Экономические факторы увеличивают спрос на медицинскую помощь на дому, которая является альтернативой госпитализации и стоит дешевле (Стародубов В.И., Калининская А.А. и др., 2007 г.; Macintyre C.R., Ruth D., Ansari Z., 2002; Duke M., Street A., 2003).

В Самарской области отбор больных в СД осуществляется врачами общей практики. Это были больные в остром периоде или при обо-

стрении хронического заболевания, нуждающиеся в постоянном, но не в круглосуточном наблюдении; инкурабельные и умирающие больные и др. Организация СД позволяет значительно сократить поток больных на дорогостоящие больничные койки, соблюдать преемственность в лечении после вынужденной выписки больных из круглосуточного стационара.

Существует 2 формы работы СД: централизованная с выделением штатов и транспорта и децентрализованная при которой у 1 участкового врача или ВОП лечат в ДС 1-2 больных. Первая форма работы более эффективна в условиях города.

В медицинских учреждениях Минздрава РФ в 2010 г. функционировали 1747 стационара на дому, в которых получили лечение 479,6 тысячи больных.

Проведенный анализ отчетных данных свидетельствует о том, что в РФ стационарах на дому лечатся больные по 30 профилям. Наибольшее число пролеченных больных в стационарах на дому приходится на терапевтический, педиатрический, общий профиль, неврологический, психиатрический, дерматовенерологический, инфекционный и др., имеются СД на базе хосписов.

Число дней лечения больных в СД составило 37,3 на 1000 населения. Средняя длительность лечения больных в СД в целом составила 11,1 день, для детей до 18 лет – 8,5, у лиц от 18 и старше – 11,6 дней. Наибольшая длительность лечения была в СД онкологического профиля (77,2 дня), психиатрического (41,5), травматологического (40,2), ортопедического (28,8) и др.

Наибольшее число пролеченных больных в СД (18 лет и старше) было по поводу болезней системы кровообращения (64,4%), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (11,7%), болезней органов дыхания (9,2%), болезней нервной системы (3,8%), болезней органов пищеварения (2,4%) и др.

Дети до 18 лет лечились в СД по поводу: болезней органов дыхания (88,9%), некоторых инфекционных и паразитарных болезней (4,2%), болезней органов пищеварения (1,7%), болезней нервной системы (1,1%), болезней системы кровообращения (0,9%) и др.

Экспериментальной базой исследования являлся стационар на дому на базе городской поликлиники № 1 г. Самары, обслуживающий 51 тыс. взрослого населения. Средний радиус обслуживания СД – 5 км. Режим работы СД – с 8 до 15 ч. 40 мин. Для работы СД были выделены и транспорт. Штаты СД включали: 1 должность врача, 1 должность среднего медицинского персонала и 1 должность водителя.

Отбор больных в СД осуществлялся врачами общей практики. Это больные в остром периоде или при обострении хронического заболевания, нуждающиеся в постоянном, но не в круглосу-