

*«Современные проблемы клинической медицины»,  
Чехия (Прага), 10–16 мая 2016 г.*

*Медицинские науки*

**ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА  
ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО  
ТРАВМАТИЗМА**

<sup>1,2</sup>Базанов С.В., <sup>2,1</sup>Потапенко Л.В.,  
<sup>2</sup>Баклушин А.Е.

<sup>1</sup>ГКУЗ ИО Территориальный центр медицины  
катастроф Ивановской области, Иваново,  
e-mail: tcmkio@rambler.ru;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО Ивановская государственная  
медицинская академия МЗ России, Иваново

Дорожно-транспортный травматизм (ДТТ) продолжает оставаться серьезной социальной и медицинской проблемой [1], несмотря на значительные успехи в совершенствовании оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) в Ивановской области [2, 3]. Только от гибели пострадавших в ДТП в Ивановской области за последние пять лет социально-экономический ущерб составил 7 782,88 млн. рублей [4]. ДТТ можно предотвратить, если использовать комплексный межведомственный подход для решения проблем травматизма. На протяжении более 10 лет Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области» проводит постоянный мониторинг и анализ показателей ДТТ на территории Ивановской области [5]. Важным направлением работы в снижении ДТТ, является проведение профилактических мероприятий, а также изучение основных факторов риска и их вклад в показатели аварийности и транспортного травматизма. Факторы риска, не являясь непосредственной причиной ни ДТП, ни ДТТ, увеличивают вероятность возникновения ДТП, получения в результате ДТП травм различной степени тяжести, а также наступления летального исхода у пострадавших. В большинстве случаев отмечается сочетание нескольких факторов риска. Так, например, при ДТП с пешеходами в Ивановской области, имеется сочетание таких факторов, как несоблюдение скоростного режима, управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, конструктивные особенности автомобилей, нахождение пешехода в состоянии алкогольного опьянения [6]. Водителями в состоянии алкогольного опьянения совершается более 10% ДТП, в которых гибнет около 30% пострадавших [7]. Таким образом, к основным факторам риска относятся: нарушение правил дорожного движения, в т.ч. несоблюдение скоростного режима, неиспользование ремней безопасности, детских удерживающих устройств, мотоциклетных шлемов, управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, техническая неисправ-

ность транспортных средств, неудовлетворительное состояние дорожного покрытия, погодные условия и др. Для снижения показателей дорожно-транспортного травматизма, необходимо проведение целенаправленной работы, направленной на снижение основных факторов риска.

**Список литературы**

1. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Динамика основных показателей дорожно-транспортных происшествий с пострадавшими в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 12-5. С. 643-644.
2. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 11-5. С. 696.
3. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 11-5. С. 653-654.
4. Базанов С.В. Социально-экономический ущерб от гибели пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 11 -5. С.649-650.
5. Белоусов А.И., Базанов С.В., Потапенко Л.В. Опыт работы Территориального центра медицины катастроф Ивановской области // Медицина катастроф. – 2006. – № 1-2. – С. 12–13.
6. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Особенности дорожно-транспортных происшествий с пешеходами в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 4-3. С. 496.
7. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Показатели дорожно-транспортного травматизма в Ивановской области с участием водителей в нетрезвом состоянии // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 5-1. – С. 132-133.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ  
МЕТОДА РЕНТГЕНДИАГНОСТИКИ  
ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО  
ДИАГНОЗА В ОРТОДОНТИИ**

Карлаш А.Е., Денисова В.Ю.

ГБОУ ВПО «Курский государственный  
медицинский университет Минздрава России»,  
Курск, e-mail: karlash2004@mail.ru

На современном этапе развития ортодонтии наблюдается устойчивая тенденция к повышению качества диагностики благодаря внедрению новых технологий. Диагностическое обследование ортодонтического пациента включает в себя, в частности расчеты рентгенологических исследований, а именно ортопантограмм и телерентгенограмм головы в боковой и прямой проекции. Обосновать важность применения специальных методов диагностики в ортодонтии, в частности рентген диагностики для постановки окончательного диагноза и является целью данного исследования.

Материалы и методы. В процессе исследования нами изучены 30 ортопантограмм детей в возрасте от 7 до 12 лет и 20 телерентгенограмм детей в возрасте 9-14 лет. Исследование проводилось на цифровом панорамном рентгеновском аппарате CRANEX D финского производства. Для расшифровки полученных данных при ортопантограмме использовалась методика сравнительного расчета высоты ветвей нижней челюсти справа и слева на ортопантограмме (ОПТГ), разработанная В.Ю. Денисовой и С.И. Бурлуцкой (Рац. предложение № 1986-12 от 15.12.12 г.). С целью постановки окончательного диагноза и обоснования плана лечения использовался метод Шварца для расшифровки телерентгенограмм в боковой проекции. С его помощью мы поводили краниометрические, гнатиометрические и профилометрические измерения.

Проведенное исследование позволило сделать вывод, что рентгенологические методы, применяемые в современной ортодонтической стоматологии, в частности ОПТГ и ТРГ, дают возможность получить дополнительную более объективную информацию для постановки окончательного диагноза.

#### Список литературы

1. Денисова В.Ю. Клинико-лабораторное обоснование метода лечения перекрестной окклюзии в раннем сменном прикусе ортодонтическими конструкциями из термопластических полимеров Дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук. – Курск, 2013. – С. 65–69.

### ВЛИЯНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ФУНКЦИЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Кубрушко Т.В., Мисник Ю.В.,  
Наумова Я.Л., Хамитова А.Г.

*Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: a-milova@mail.ru*

Многочисленные физиологические и патофизиологические исследования свидетельствуют о зависимости состава слюны и скорости слюноотделения от проводимых стоматологических манипуляций.

Слюна – это гипотоническая жидкость, являющаяся продуктом секреции подчелюстных, околоушных, подъязычных и малых слюнных желез, с нейтральной рН. Изучению показателя активности ионов водорода в полости рта посвящено много работ, интерес обусловлен высокой информативностью водородного показателя, чутко реагирующего на малейшие нарушения кислотно-основного равновесия в полости рта, происходящие под влиянием физиологических и патологических процессов. Сдвиг рН в ту или иную сторону может быть обусловлен алиментарными факторами, профессиональными и экологическими вредностями, использованием средств гигиены и лекарственных препаратов, протезами, пломбами, состоянием макроорга-

низма. Наиболее актуально изучение вопросов регуляции кислотно-основного баланса в полости рта в плане ранней диагностики и прогнозирования стоматологических заболеваний [3].

Лечение дефектов зубов и зубных рядов, сопровождается введением в полость рта инородных тел – зубных протезов. Биологическая совместимость зубного протеза определяется его влиянием на окружающие ткани и физиологические процессы, протекающие в полости рта. Поэтому проблема взаимодействия тканей полости рта, конструкции протеза и протезных материалов является одной из ключевых в ортопедической стоматологии. Заслуживает внимания изучение скорости секреции ротовой жидкости, изменение ее качественного и количественного состава в зависимости от степени адаптации организма к зубным протезам [1, 2, 4].

По нашим наблюдениям процесс адаптации пациентов к протезам, зависит от величины дефекта зубных рядов, от функционального состояния организма, от наличия сопутствующей соматической патологии. Так при протезировании одиночными коронками, адаптация к ним наступает через несколько часов. Незначительно изменяясь в момент наложения протеза, уровень секреции и рН слюны оставались в дальнейшем неизменными на протяжении всего периода исследования. Несъемные протезы обуславливают быструю приспособляемость и обеспечивают высокую эффективность жевания уже на ранних стадиях после протезирования, однако адаптация слюнных желез к мостовидному протезу наступает позднее. После протезирования малых и средних дефектов зубных рядов мостовидными протезами функция слюнных желез нормализовалась постепенно в срок до 1 месяца, причем характер и продолжительность адаптации зависели от материала и вида конструкции протеза. Наиболее благоприятно этот процесс протекал после лечения больных литыми конструкциями с керамической облицовкой. При протезировании больших с обширными дефектами зубных рядов и при полном отсутствии зубов обращает на себя внимание тот факт, что до протезирования функция слюнных желез была значительно снижена. В течение недели после наложения протезов наблюдалось резкое повышение величины и скорости секреции слюны и еще большее ее подщелачивание. Восстановление функции слюнных желез у данной группы больных наблюдалось в течение 3-6 месяцев. У пациентов, страдающих гипертонической болезнью, обнаружено выраженное смещение рН ротовой жидкости в кислую сторону, обусловленное снижением активности слюнных желез и ухудшением гигиенического состояния полости рта. Дальнейшие исследования (через 1 год) показали, что функциональная активность желез медленно угасала, т.е. при артериальной гипертензии слюнные железы не в состоянии восстановить свою функцию в полном объеме.