

ной системы и проявляется в виде бруксизма. Лечение таких пациентов должно быть комплексным совместно с невропатологом и психиатром. Используются возможности аутогенной тренировки, иглоукалывания, медикаментозной терапии.

При сборе анамнеза и осмотре пациентов с жалобами на боли в области жевательных мышц и ВНЧС, как правило, определяется чрезмерная подвижность нижней челюсти, что проявляется в виде широкого открывания рта при зевании, откусывания большого куса пищи и т.д.

В комплексном лечении таких пациентов целесообразно ограничение движения в суставе таким образом, чтобы головка нижней челюсти вращалась по своей продольной оси по отношению к диску, а скольжение головки с диском по заднему скату суставного бугорка было минимальным. Одним из методов, позволяющих добиться этого, является лечебная гимнастика. До усвоения всех упражнений занятия проводятся инструктором или врачом 3-4 раза в день. Затем больной выполняет упражнения самостоятельно, и число занятий доводят до 5-8 раз в день. Но данные лечебные мероприятия не всегда являются приемлемыми для пациента, поскольку требуют значительного количества свободного времени, дисциплинированности и "заикливания" больного на выполнение определенных установок.

Кроме того, для ограничения степени открывания рта предложен целый ряд ортопедических приспособлений и конструкций, однако все они имеют существенные недостатки.

В частности, аппараты Шрёдера и К.С. Ядровой по сути представляют пластмассовые надесневые шины, ограничивающие экскурсию нижней челюсти за счёт пелотов, упирающихся в передний край обеих её ветвей. Предложенные конструкции являются громоздкими, съёмными, имеют неудовлетворительную фиксацию и стабилизацию, часто вызывают травму слизистой оболочки в местах упора пелотов.

Аппарат Ю.А. Петросова и соавт. в различных модификациях состоит из нескольких спаянных между собой ортодонтических коронок на зубах верхней и нижней челюстей, к одним из которых посредством оси с резьбой крепится направляющая, а к антагонистам – втулка, в которой с возможностью скольжения и ограничения хода установлена направляющая. Для регулирования степени смещения нижней челюсти предусмотрен ряд отверстий в направляющей и несколько гаек. Как следует из описания, аппарат имеет сложное строение, присутствие его в полости рта вызывает ряд отрицательных эмоций у пациентов, а для изготовления необходим лабораторный этап, что приводит к материальным затратам и потере времени.

Взяв за основу метод временной иммобилизации челюстей, описанный R.H. Ivy (Айви), мы предложили оригинальный, более простой способ ограничения открывания рта у пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС. Для этого в боковых отделах верхней

и нижней челюстей изготавливается лигатурная повязка по Айви, как правило, на стороне более выраженной подвижности в суставе. Затем через петли проволочных лигатур продевают толстую шёлковую нить и индивидуально подбирают межчелюстное расстояние до клинических проявлений щелчка, боли, определяемых визуально либо пальпаторно. Длину нити фиксируют хирургическим узлом в соответствии с найденным межчелюстным расстоянием. При этом сама проволочная лигатура и ограничивающая открывание рта шёлковая нить пациентами в полости рта практически не ощущается и не вызывает нарушения функции жевания и речи.

Используя данный метод ограничения экскурсии нижней челюсти, мы наблюдали 15 пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС. Лечение продолжали в среднем в течение месяца с еженедельным контрольным осмотром, во время которого производилась смена нити. Одновременно назначали курс физиотерапевтического лечения. После удаления конструкции у всех пациентов открывание рта установилось на заданном при лечении уровне, что создавало покой для жевательных мышц, связок и других элементов сустава и привело к длительной ремиссии болевой дисфункции. Как следствие, пациенты отмечали улучшение: боль и щёлканье значительно уменьшились либо полностью исчезли. К отрицательному моменту можно отнести то, что некоторые пациенты во время жевания перетирали шёлковую нить, и её приходилось заменять новой раньше намеченного срока.

Следует отметить, что достоинствами указанного метода являются простота изготовления (в течение 15 минут в стоматологическом кресле), минимальные размеры конструкции, что более удобно для пациентов, а также экономическая доступность.

ПРОГНОЗ ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ ОТ ДОЛИ УЧАСТИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ФТОРА, С ПОМОЩЬЮ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ СТАТИСТИКИ

Лошакова Л.Ю., Куприна И.В.,

Киселев Г.Ф., Кирейчук В. П.

*ГОУ ВПО Кем ГМА Росздрава, кафедра детской
стоматологии
Кемерово, Россия*

Одной из причин возникновения флюороза при низком содержании фтора в питьевой воде (0,2-0,3 мг/л) могут являться минеральные воды, содержащие высокие концентрации фтора. Так бесконтрольное потребление минеральной воды «Борисовская», содержание ионизированного фтора в которой достигает в среднем $7,392 \pm 0,013$ мг/л, привело к возникновению флюороза у детей села Борисово Кемеровской области, где располагается источник данной минеральной воды.

В процессе проведения санитарно-просветительной работы в с. Борисово возникла необходимость прогнозирования вероятности возникновения флюороза зубов в зависимости от доли участия минеральной воды «Борисовская» в суточном питьевом режиме, создание модели прогноза возникновения флюороза зубов в зависимости от доли участия минеральной воды «Борисовская» и оценка ее адекватности и работоспособности.

Для анализа связи между независимыми переменными (факторами) и зависимой переменной использовался метод «Enter» модуля «Binary logistic regression» статистического пакета «SPSS». Адекватность и работоспособность логистической модели оценивались по процентам правильной классификации при помощи классификационной матрицы и ROC-анализа.

Для создания модели прогноза вероятности заболевания флюорозом детей, в зависимости от доли участия различных источников питьевой воды в питьевом режиме была применена бинарная логистическая регрессия. В результате решения уравнения логистической регрессии были получены коэффициенты, с использованием которых рассчитывалась вероятность возникновения флюороза зубов у жителей села Борисово (в данном случае для каждого обследованного ребенка) по измеренным у них факторам. Если значение вероятности было больше 0,5, то испытуемого относили к больным флюорозом, если меньше 0,5, – к здоровым. Оценка значимости отличия от нуля коэффициентов регрессии (В) осуществлялась с помощью статистики Вальдовского, которая имела распределение χ^2 и определялась как квадрат отношения коэффициента В к стандартной ошибке S.E. Для оценки доли влияния всех исследуемых факторов на дисперсию зависимой переменной определяли коэффициент Nagelkerke R Square (R квадрат Найджелкерка), который в нашем исследовании оказался равен 0,861, то есть вероятность заболевания флюорозом в данном случае зависит от рассматриваемой группы факторов на 86,1%. Данный процент правильной классификации считается высоким. Оценка адекватности и работоспособности логистической модели проводилась также с помощью ROC-анализа. Для получения ROC-кривой был построен график зависимости: по оси Y откладывалась чувствительность Se, по оси X – доля ложно положительных случаев /100% – Sp (специфичность)/. ROC-кривая говорит о зависимости количества верно классифицированных положительных примеров от количества неверно классифицированных отрицательных примеров. Был установлен порог отсечения, равный 0,365, при котором процент правильной классификации больных флюорозом равен 94,7%, а здоровых – 84,1%. Одним из критериев качества модели являлась оценка площади под кривой AUC (area under curve). Эта оценка была получена непосредственно вычислением площади под кривой AUC, ограниченной справа и снизу осями координат, а слева и сверху – экспериментально полученными точками ROC кривой. Теоретически оценка изменяется от 0 до 1,0, но, поскольку модель всегда характеризуется кривой, расположенной выше диагонали, то обычно гово-

рят об изменениях от 0,5 - "бесполезный" классификатор до 1,0 - "идеальная" модель. ROC-анализ показал, что $S_{AUC}=0,968$. Таким образом, предсказательную способность созданной нами модели можно охарактеризовать как отличную.

Построенная нами логистическая модель расчета вероятности возникновения флюороза зубов у жителей села Борисово является адекватной и работоспособной. Она имеет практическое значение, так как помогает прогнозировать возникновение флюороза зубов в случае бесконтрольного применения минеральной воды «Борисовская» и позволяет правильно подобрать оптимальный объем ее потребления.

Литература:

1. Власов, В.В. Эффективность диагностических исследований /В.В. Власов// М: Медицина, 1988. - 245 с.
2. Зайцев, В. М. Прикладная математическая статистика / В. М. Зайцев, В. Г. Лифлянский, В. И. Маринкина. – СПб., 2003. – 432 с.

КОНТРАСТНАЯ СИАЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ MALT-ЛИМФОМ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ШЕГРЕНА

Симонова М.В., Митриков Б.В.,
Панин А.М., Гайдук И.В., Панин М.Г.
*Московский государственный медико-
стоматологический университет
Кафедра факультетской хирургической
стоматологии и имплантологии,
Институт ревматологии РАМН*

Болезнь Шегрена (БШ) – системное аутоиммунное заболевание, сопровождающееся поражением желез внешней секреции, с обязательным вовлечением в процесс слюнных и слезных желез, которое проявляется сухостью в полости рта и глазах. Основным клинико-рентгенологическим признаком данного заболевания является картина хронического паренхиматозного сиалоаденита (Симонова М.В., 1982).

В поздней стадии болезни Шегрена у некоторых больных развиваются лимфопролиферативные заболевания (Васильев В.И. и др., 1978). В качестве причин предполагаются факторы перекрестной антигенной стимуляции при аутоиммунном заболевании.

В последнее время в литературе широко обсуждается вопрос о развитии лимфом в слюнных железах, в частности экстранодальных низкой степени злокачественности MALT-типа.

При анализе спектра лимфопролиферативных заболеваний при проспективном исследовании больных БШ, наблюдавшихся в Институте ревматологии РАМН, было отмечено превалирование диффузных крупноклеточных лимфом по сравнению с лимфомами низкой степени злокачественности. Данный факт свидетельствует о трудностях ранней диагностики последних (Васильев В.И., 2006).

Ранняя диагностика и последующая специфическая терапия MALT-лимфом чрезвычайно важны в