ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА И ПОЛНОТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ ТАЙМЫРСКОГО ДОЛГАНО-НЕНЕЦКОГО И ЭВЕНКИЙСКОГО МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНОВ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Кирко В.И., Копица А.С., Упатов А.В.

ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева», Красноярск, Россия, (660049, г. Красноярск, ул. Ады Лебедевой, 89),director.nifti@mail.ru
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора Войно-Ясеневского, Красноярск, Россия (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1), aleksejkopica@mail.ru

В работе приведены результаты оценки уровня качества и полноты оказания медицинской помощи населению северных поселков Красноярского края, где локально проживают коренные малочисленные народы (эвенки, ненцы, долгане и т.д.).Исследования проведены в рамках междисциплинарных экспедиций четырех университетов г.Красноярска. В работе были использованы методы: анкетирования, глубинного интервью, обследования населения, а также метод проектных семинаров при участии администраций территорий, населения и бизнес-сообщества. К основным причинам возникновения заболеваний местные жители относят в основном неблагоприятную окружающую среду, недостаточное потребление продуктов растительного происхождения, недоступность квалифицированной медицинской помощи, отсутствие профилактических мер и тяжелое материальное положение. Подготовлены предложения по модернизации обслуживания населения.

ESTIMATION OF A LEVEL OF QUALITY AND COMPLETENESS OF DELIVERY OF MEDICAL AID ON THE TERRITORY OF TAIMYR DOLGANO-NENETS AND EVENKI MUNICIPAL DISTRICTS OF THE KRASNOYARSK TERRITORY

Kirko V.I., Kopitsa A.S., Upatov A.V.

FSI HPE «Krasnoyarsk State Pedagogikal University»n.a. V.P. Astafjeva ,Krasnoyarsk, Russia (660049 Ada Lebedeva St. 89),director.nifti@mail.ru
SI HPE «Krasnoyarsk State Medical University n.a. Prof. Voino-Yasenevskogo»,Krasnoyarsk, Russia (660022, Krasnoyarsk, PartizanaZeleznjaka St. 1), aleksejkopica@mail.ru

In the given work we represent the results of quality evaluation and completeness of medical aid, which is provided to the population of northern towns of the Krasnoyarsk region, being locally inhabited by indigenous minorities (Evenki, Nenets, Dolgans, and etc.). The studies have been conducted in the course of interdisciplinary expeditions of 4 Krasnoyarsk universities. In our work we have used the following methods: questioning, in-depth interviewing, surveying of the population, as well as the method of project seminars with participation of the local administration, the population and the business community. In general, the locals refer unfavorable environment main causes of diseases, lack of plant products to be accepted, inaccessibility of qualified medical aid, lack of preventive measures and tight financial situation. Here, we have prepared certain suggestions concerning the public health services modernization.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ТРАВМ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Копылов А.В., Копылова И.А.,Сирак С.В., Елизаров А.В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России», Ставрополь, Россия (355000, Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: stgma@br.ru

При выполнении проводниковой анестезии, операции удаления зуба, при эндодонтическом и имплантологическом лечении может возникнуть травма нижнего альвеолярного нерва.Данное осложнение требует длительного комплексного лечения, которое включает санацию полости рта, назначение антибактериальных, иммунокорригирующих, седативных, обезболивающих препаратов. Травма нижнего альвеолярного нерва требует обязательного хирургического вмешательства с целью удаления дентального имплантата и апикального герметика из нижнечелюстного канала. В процесс реабилитации входит назначение физиотерапевтических процедур, иглорефлексотерапии, витаминотерапии. Под наблюдением находилось 16 пациентов.Степень повреждения нижнего альвеолярного нерва оценивалась с помощью определения электропотенциалов кожи лица и электроодонтодиагностики пульпы зубов премоляров и моляров. Всем больным выполнялись одинаковые лечебные мероприятия, которые дали положительные результаты. Пациенты отмечали улучшение состояния и восстановление чувствительности кожи лица уже через три недели после начала лечения.

INTEGRATED MANAGEMENT OF INJURY ODONTOGENETIC INFERIOR ALVEOLAR NERVE

Kopylov A.V., Kopylova I.A., Sirak S.V., Elizarov A.V.

GBOUVPO “Stavropol State Medical University,Russian Ministry of Health”, Stavropol,Russia (355000, Stavropol,Mira str., 310), e-mail: stgma@br.ru

When the conduction anesthesia, surgery tooth extraction, in endodontic and implant treatment may be inferior alveolar nerve injury. This complication requires long-term comprehensive treatment, which includes rehabilitation of

the oral cavity, the appointment of antibacterial, immunokorrigiruyuschih, sedatives, painkillers. The inferior alveolar nerve injury requires mandatory surgery to remove dental implant and apical sealing of the mandibular canal. In the rehabilitation process for appointing physiotherapy, acupuncture, vitamin therapy. We observed 16 patients. The degree of damage to the inferior alveolar nerve was assessed by determining the electric potentials of facial skin and electric pulp test of the pulp of teeth premolars and molars. All patients fulfilled the same therapeutic measures that have given positive results. Patients reported improvement and restoration of sensitivity of facial skin after just three weeks after the start of treatment.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Копылова И.А., Сирак С.В., Копылов А.В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России», Ставрополь, Россия (355000, Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: stgma@br.ru

В статье представлена схема лечения травмы нижнего альвеолярного нерва после проведенной операции дентальной имплантации. Даны рекомендации по дооперационной подготовке пациентов, схемы назначения физиотерапевтических процедур для восстановления периферического кровообращения соответствующих зон лица. Хирургический этап лечения: под анестезией проводится разрез, отслойка слизисто-надкостничного лоскута, остеотомия в области перфорации нижнечелюстного канала, с помощью лигатур отодвигается нижний альвеолярный нерв, извлекается имплантат, нерв укладывается на место, фиксируется костное окно, дефект закрывается слизисто-надкостничным лоскутом, накладываются швы. От полости рта рана изолируется с помощью пленки «Диплен». Процессы восстановления чувствительности контролируются с помощью определения показателей электропотенциалов кожи лица (27-35 мкА в норме) и электровозбудимости пульпы зубов (2-6 мкА в норме) на соответствующей стороне.

ON THE TREATMENT OF INFERIOR ALVEOLAR NERVE IN DENTAL IMPLANTATION

Kopylova I.A., Sirak S.V. , Kopylov A.V.

GBOU VPO “Stavropol State Medical University, Russian Ministry of Health”, Stavropol, Russia (355000, Stavropol, Mira str., 310), e-mail: stgma@br.ru

The article presents a scheme of treatment of inferior alveolar nerve injury after surgery dental implants. Recommendations are given for the pre-operative preparation of patients, physical therapy regimen with recovery of peripheral blood respective zones of the face. Surgical stage of treatment is carried out under anesthesia, incision, detachment of muco-periosteal flap, osteotomy of the mandibular canal perforation, using ligatures postponed inferior alveolar nerve, the implant is removed, the nerve is placed on the seat, fixed bony window, the defect is closed mucoperiosteal flaps are superimposed seams. From the mouth wound insulated with foil “Diploma”. The recovery of sensitivity are controlled by electric potentials identify indicators of facial skin (27-35 mA in normal) and electroexitability tooth pulp (2-6 mA in normal) on the same side.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Коробкова А.С.[1], Агафонов А.В.[1], Туев А.В.[1], Василец Л.М.[1], Хлынова О.В.[1], Желобов В.Г.[1], Григориади Н.Е.[2]

1 ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Пермь, Россия (614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26), e-mail: rector@psma.ru
2 Пермская краевая клиническая больница, г. Пермь (614990, г. Пермь, ул. Пушкина, д. 85), e-mail: prh@permonline.ru

С целью изучения ультразвуковых признаков синовита и допплерографических признаков локального воспаления коленных суставов при ревматоидном артрите (РА) было обследовано 32 человека (16 пациентов с достоверным диагнозом ревматоидного артрита и 16 практически здоровых лиц). Для оценки анатомических структур сустава использовался В-режим. Допплерометрическое исследование включало в себя оценку спектра кровотока в экстрасиновиальной артерии (собственной коленной артерии), измерение максимальной и минимальной систолической, конечной диастолической, а также средней скоростей кровотока, расчет индексов резистентности и пульсации. Ультразвуковые показатели сопоставлялись с клиническими и лабораторными данными. Выявлены достоверные различия между группами по толщине и длине выпота в суставе и толщине синовиальной оболочки ($p<0.05$). У больных РА было выявлено уменьшение индекса резистентности в коленной артерии относительно здоровых лиц ($p<0.05$). Полученные результаты подтверждают возможность использования экстрасиновиальных сосудов для оценки васкуляризации коленного сустава в качестве скринингового метода диагностики артрита.