

привлекательным материалом для закрепления отломков нижней челюсти в качестве остеогенного объекта, увеличивающего остеогенное дифференцирование.

В целом полученные данные подтверждают ранее сформулированное нами положение, что использование при остеосинтезе перелома нижней челюсти мини-пластины и мини-винтов из УМЗ титана марки Grade-4 оптимизирует репаративный остеогенез и стимулирует костеобразование в области имплантации. Механизм этого влияния определяется наличием остеоинтеграционных свойств титана. Кроме того, полученные результаты позволили оценить характер пролиферативного и апоптотического потенциалов остеобластов в регенерате, отметить увеличение соотношения числа камбиальных клеток с апоптозной доминантой в зоне контакта с ультрамелкозернистой поверхностью титановой конструкции.

Результаты этих и предыдущих экспериментальных наших исследований положены в основу трех, полученных нами патентов на полезные модели [1, 2, 3]. Необходимы дальнейшие клинические и экспериментальные исследования, посвященные выбору материалов для челюстно-лицевой травматологии.

Работы выполнены при поддержке гранта РФФИ № 20-69-47059 от 28.05.2020.

Литература

1. Патент на полезную модель № 175248 U1 Российская Федерация, МПК A61B 17/80. Мини-пластина из наноструктурированного титана для остеосинтеза нижней челюсти : № 2017119948 : заявл. 06.06.2017 : опубл. 28.11.2017 / Е. В. Носов, А. А. Матчин, А. А. Стадников, Г. В. Клевцов
2. Патент на полезную модель № 187373 U1 Российская Федерация, МПК A61B 17/80. Устройство для на костного остеосинтеза в челюстно-лицевой хирургии : № 2018124382 : заявл. 03.07.2018 : опубл. 04.03.2019 / Г. В. Клевцов, Д. Л. Мерсон, Н. А. Клевцова [и др.]
3. Патент на полезную модель № 214691 U1 Российская Федерация, МПК A61B 17/80. Мини-пластина для остеосинтеза нижней челюсти : № 2021128351 : заявл. 27.09.2021 : опубл. 10.11.2022 / А. А. Матчин, Е. В. Носов, Г. В. Клевцов

Овчинников И.В.

АТМОСФЕРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ КАК МЕСТО ОБИТАНИЯ БИОТЫ

Медицинский институт НИУ «БелГУ»

кафедра стоматологии общей практики, г. Белгород

В медицинских организациях, в том числе и стоматологических поликлиниках, сохраняется опасность перекрёстного заражения инфекционными заболеваниями. Эта опасность особо значима для лиц с иммунодефицитом и иммуносупрессией, приводящих к развитию инфекционных заболеваний, передающихся ингаляционным и контактным путем. В стоматологических кабинетах биологический материал от инфицированных лиц может распространяться в окружающей среде, контаминируя территорию, что является причиной распространения болезнетворной биоты. При этом, широкое применение противомикробных веществ и антибиотиков привело к возникновению резистентности биоты к этим веществам.

Стоматологические кабинеты и поликлиники следует рассматривать как инфекционно-динамичную среду, опасную для больных, медицинского и административного персонала. Санитарно-гигиенические условия помещений лечебных кабинетов, холлов, административных помещений и т. д., особенности строительных материалов, оборудования и мебели также влияют на характеристики среды и на представительства биоты.

В этом контексте особую значимость обретает состояние технологических систем: обработки и кондиционирования воздуха, водопровода, отопления, а также иного оборудования, способного существенно изменить качество воздуха в помещениях, становясь потенциальным источником бактерий, грибов, вирусов и других организмов. Правильная конструкция технологических систем и постоянное профилактическое обслуживание сводят к минимуму опасные ситуации. Напротив, к факторам, повышающим вероятность внутрибольничного инфицирования, следует причислить внешний микробный приток, определяемый респираторными эпидемиями и сезонные климатические колебания, влияющие на микробиологическое качество воздуха в помещениях.

Диагностика внутрибольничных инфекций сложна и основана на множестве критериев. Данные ВОЗ показывают, что из каждых 100 пациентов, поступивших на стационарное лечение, от 7 до 10 заражаются как минимум одной инфекцией, связанной с госпитализацией [1].

Несмотря на ограниченность прямых доказательств того, что больные являются причиной внутрибольничных инфекций, появляется все больше доказательств того, что окружающая среда может выступать в качестве резервуара для ряда патогенных агентов и способствовать их распространению. Микроорганизмы часто обнаруживаются как на поверхностях, оборудовании, так и в воздухе помещений, где оказывается медицинская помощь. Системы водоснабжения и аэрозоли, также могут содержать патогенные и условно-патогенные микроорганизмы чисто экологического происхождения, для которых водопроводные системы обеспечивают идеальную среду обитания (*Legionella* sp., нетуберкулезные микобактерии, амебы) [2]. Находящиеся в воздухе инфицированные частицы могут принимать форму как отдельных единиц инфекционной нагрузки, так и скоплений обычно внутри или на поверхности биологического вещества, известного как «носитель» (капли Флюгге, образующиеся из слюны или слизи носа и/или глотки), или даже кластеры с полярными зарядами, или которые адсорбируются на поверхности иных взвешенных инертных твердых частиц.

Литература

1. World Health Organization (WHO). Report on the burden of endemic health care-associated infections worldwide; Press of the World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2011.
2. Decker, BK; Palmore, Tennessee. Hospital water and infection prevention options. Well. Infect. Dis. Rep. 2014, 16, 432. [Google Scholar] [CrossRef][Green Version].

Оганесян А.И., Оганесян А.А.

РАЗЛИЧИЯ ПРЕДСТАВЛЕННОСТИ БАКТЕРИЙ РОДА *ASTINOMYCES* У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НЕУДАЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Медицинский институт НИУ «БелГУ»
кафедра стоматологии общей практики, г. Белгород*

Основными причинами неудач эндодонтической терапии, обуславливающими необходимость реализации хирургического пособия, являются недостаточная механическая или химическая обработка стенок корневых каналов, недостаточная герметизация системы корневых каналов и персистенция микроорганизмов после лечения. По данным различных авторов при неудачном эндодонтическом лечении присутствие микроорганизмов в системе корневых каналов регистрируется в 35-100% случаев. В свою очередь, основной причиной апикального периодонтита считается проникновение в периапикальные ткани инфекционных агентов, вызывающих стандартную воспалительную реакцию. Некоторые авторы оценивают значимость в возникновении апикального