

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ
Краевая научно-практическая конференция врачей стоматологов

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ**

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**КРАЕВАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ
г. ЧИТА, 26-28 мая 2021 года**

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

ЧИТА - 2021

УДК 616.31

ББК 56.6

T11

T11 Теория и практика современной стоматологии [Электронный ресурс]: Сборник научных трудов Краевой научно-практической конференции врачей стоматологов/ Под редакцией профессора Пинелиса И.С.; Читинская государственная медицинская академия, 26-28 мая 2021 г. - Электрон. текстовые дан. - Чита: РИЦ ЧГМА, 2021.- 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).- Мин. систем. требования: IBM PS 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows 7, 8, 10, XP; AdobeReader

ISBN

В настоящий сборник включены материалы научных работ, выполненных сотрудниками Читинской государственной медицинской академии и стоматологами Забайкальского края, Республики Саха (Якутия), Хабаровского и Красноярского краев, Иркутска, Владивостока, Челябинска, С-Петербурга и др. В работах представлены актуальные проблемы стоматологии, а также перспективы их развития.

Издание представляет интерес для студентов стоматологических факультетов, стоматологов и врачей смежных специальностей.

Ответственные за выпуск:

Президент стоматологической Ассоциации стоматологов Забайкалья, к.м.н., главный внештатный специалист стоматолог Забайкальского края, главный врач ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» Заслуженный врач РФ **И.Н. Попова;**

Заведующий кафедрой хирургической стоматологии ЧГМА, профессор, Заслуженный врач РФ **И.С. Пинелис;**
Заместитель главного врача по организационно-методической работе ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» **В.К. Афанасьева.**

ISBN

© Коллектив авторов, 2021

© ЧГМА, 2021

© Ассоциация стоматологов Забайкалья, 2021

Уважаемые коллеги!

**Ректорат ЧГМА и Ассоциация стоматологов
Забайкалья поздравляет Вас с участием
в Краевой научно-практической
конференции врачей стоматологов
«ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ»!
Творческих успехов Вам, крепкого здоровья
и постоянного желания улучшить
стоматологическое здоровье забайкальцев.**





Попова И.Н., к.м.н., президент Ассоциации стоматологов Забайкалья, главный внештатный специалист стоматолог МЗ Забайкальского края, главный врач ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника»

Дорогие коллеги!

В преддверии традиционной Краевой научно-практической конференции позвольте от имени Ассоциации стоматологов Забайкалья и всего стоматологического сообщества пожелать Вам успехов в ее проведении и дальнейшего развития нашей специальности в крае. Надеюсь, что конференция станет новым шагом в объединении всех стоматологов для улучшения качества оказания помощи населению, продвижения новых прогрессивных методов профилактики и лечения, развития профессиональных контактов, организации стоматологической помощи и подготовке кадров для нашего региона. Сегодня стоматология нашего региона делает активные шаги в развитии специальности, в чем особенно видна роль стоматологического факультета. Вместе с тем необходимо единение сил факультета с практическим здравоохранением, что должно интегрировать усилия стоматологов во имя достижений специальности.

Главная задача стоматолога заключается в том, чтобы пациенты поняли - каждый зуб бесценен. Нельзя восстановить то, что утрачено. Мы можем сделать сегодня протез, коронку, пломбу которые максимально полно выполняют функции утраченных тканей или потерянного зуба и нуждаются в обслуживании, ибо медицина не научилась делать ничего вечного.

Стоматологи - это врачи, задача которых не просто “пломбировать”, а лечить, что сказывается на всем организме в целом. Сфера услуг имеет одну особенность - оценить качество услуги до ее получения практически невозможно. Но возможно судить о ней опосредованно, воспользовавшись мнением других пациентов. Поэтому самый надежный показатель уровня стоматологической клиники - а с ним и качества, - отзывы пациентов.

Желаю всем успехов, много счастья, достойной работы, благодарных пациентов и всего самого доброго.

НАШИ ЮБИЛЯРЫ 2020 - 2021 гг.

КМЦ г. Читы

Иванова Галина Николаевна –
врач стоматолог терапевт, 21.07.1955 г. (65 лет)

Фишер Тамара Ивановна –
врач стоматолог хирург, 28.11.1950 г. (70 лет)

Старосельникова Галина Юрьевна –
врач стоматолог, 22.09.1960 г. (60 лет)

Возьянская Надежда Константиновна –
врач стоматолог, 28.11.1955 г. (65 лет)

Сопова Галина Николаевна –
врач стоматолог, 11.06.1945 г. (75 лет)

Зайцева Оксана Михайловна –
врач стоматолог, 25.07.1970 г. (50 лет)

Сретенская ЦРБ

Василевич Андрей Александрович –
врач стоматолог, 09.12.1960 г. (60 лет)

Шевченко Марина Борисовна –
врач стоматолог, 15.11.1965 г. (55 лет)

Краснокаменск КБ №4

Соскова Наталья Васильевна –
врач стоматолог детский, 03.10.1960 г. (60 лет)

Тельманок Татьяна Николаевна –
врач стоматолог терапевт, 03.10.1955 г. (65 лет)

Дашевская Нина Викторовна –
врач стоматолог терапевт, 22.10.1955 г. (65 лет)

«ГУЗ Красночичкойская ЦРБ»

Иванова Наталья Владимировна –
врач стоматолог, 13.05.1966 г. (55 лет)

Детский клинический медицинский центр г. Читы

Антонова Татьяна Олеговна –
врач ортодонт, 18.03.1971 г. (50 лет)

Хлынова Наталья Федоровна –
врач стоматолог детский, 18.01.1961 г. (60 лет)

Никифорова Екатерина Анатольевна -
врач стоматолог детский, 14.06.1955 г. (65лет)

Нескромных Ольга Геннадьевна -
врач стоматолог детский, 12.07.1970 г. (50лет)

Тимошенко Нина Дмитриевна -
врач стоматолог детский, 14.10. 1960 г. (60 лет)

Егорова Лхамацзырен Зодбоевна -
врач стоматолог детский, 13.07.1965 г. (55 лет)

Сидорова Наталья Юрьевна -
врач стоматолог детский, 15.05.1960 г. (60 лет)

**С ЮБИЛЕЕМ,
ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!**



Попова И.Н.
**СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

ГАУЗ Краевая стоматологическая поликлиника, г. Чита

В 2020 году история ударила в набат, призвав медиков на борьбу с одной из самых серьезных угроз за последние сто лет – пандемией COVID-19. Это был беспрецедентный вызов, объединивший медицинских работников, волонтеров, некоммерческие организации, для отражения удара коронавирусной инфекции. В условиях пандемии в оказании медицинской помощи пациентам было задействовано почти 2,5 тысячи медицинских организаций, а в период максимального подъема заболеваемости помощь оказывалась одновременно 1,3 млн. человек. Мобилизация медперсонала, открытие новых больниц, оперативное обучение врачей – все это позволило создать необходимый запас прочности системы здравоохранения.

В прошлом году вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ № 788 от 31.07.2020г. «Об утверждении порядка оказания стоматологической помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях», который предусматривает наличие автоматического наружного дефибриллятора и укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, укомплектованной в соответствии с требованиями, дентальный рентгеновский аппарат с цифровым приемником изображения (радиовизиограф) (при отсутствии рентгеновского кабинета либо договора с медицинской организацией, имеющей лицензию на работы (услуги) по рентгенологии).

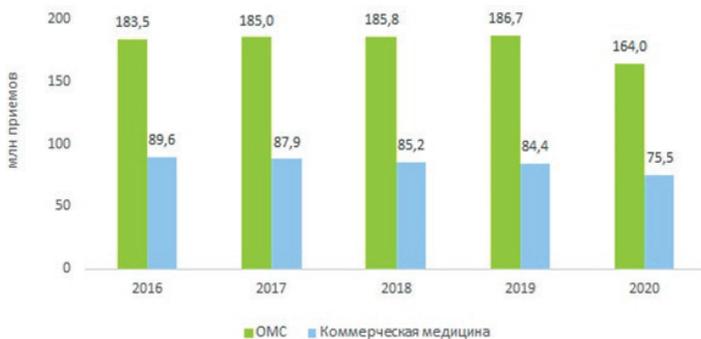
Пандемия новой коронавирусной инфекции оказала заметное влияние на рынок стоматологических услуг. В условиях снижения доходов населения этот сектор медицинского бизнеса продолжает стагнировать.

Численность стоматологических приемов в России упала в 2020 году на 11,6% по сравнению с 2019-м. Причиной стало ограничение работы клиник из-за пандемии ко-

ронавируса: врачи могли оказывать только неотложную помощь и принимать пациентов с острой зубной болью.

В 2016—2020 годах основной объем стоматологического рынка России приходился на приемы, оплаченные из средств ОМС, – 68,2% (181 млн. приемов). Из-за сокращения доходов пациенты экономили и не пользовались услугами коммерческого сектора: на него пришлось 84,5 млн. приемов (31,8%). При этом в 2016—2019 годах количество стоматологических приемов в России сократилось всего на 1,9 млн. приемов — с 273 млн. до 271,1 млн.

В июне 2020 года власти разрешили возобновить оказание стоматологических услуг в полном объеме. Это позволило сдержать более серьезный обвал в отрасли.



Число стоматологических приемов в России, 2016—2020 годы

По прогнозам, в 2021—2022 годах численность стоматологических приемов в стране вырастет на 6,7% по сравнению с 2020-м и составит 255,6 млн. Росту будут способствовать увеличение числа профилактических осмотров, переоснащение стоматологических кабинетов и стабилизация ситуации с заболеваемостью COVID-19. В последующие годы стоматологических услуг будет стагнировать: уже в 2025 году аналитики прогнозируют снижение числа стоматологических приемов до 249,5 млн. – это на 8% меньше, чем в 2019 году. Причины в снижении реальных доходов граждан и сокращении численности населения.

Стоматологическая служба Забайкальского края не стала исключением.

Все показатели работы в 2020 году ниже показателей 2019 года, т.к. по эпидемиологическим показаниям прием пациентов в плановой форме был приостановлен.

Количество посещений в 2020 г.(633384) снизилось по сравнению с 2019 г. (854997) на 25,9%.

Количество первичных пациентов снизилось на 20.3%, с 418823 (2019 г.) до 333996 (2020 г.).

Функция врачебной должности составила – 7352 УЕТ (2019 год - 8869), ниже на 17%.

Вылечено зубов – 220207 (2019 год – 291921), что меньше на 24,6%.

Всего санировано – 156297 (2019 г. – 200291), что на 22% меньше.

Охват профилактической работой на 33,4% ниже 2019 года.

Число лиц, получивших зубные протезы на 22,2% меньше 2019 года. Всего изготовлено протезов на 18,2% меньше, чем в 2019 году.

Афанасьева В.К.
ИТОГИ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬЯ В 2020 ГОДУ

ГАУЗ Краевая стоматологическая поликлиника, г Чита

Показатели работы стоматологической службы Забайкалья за 2018-2020 г.

Показатели работы по терапевтической стоматологии	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Число посещений в год на 1 жителя	0,7	0,7	0,6
Обеспеченность врачами-стоматологами всего на 10 тыс. населения по краю	3,99	3,96	3,79
По районам края	2,6	2,6	2,6
Врачебная функция по УЕТ	8875	8869	7352
Число посещений в день	12,4	11,3	9,9
Число пломб в день	5,3	5,0	4,5
В том числе композитных	3,3	3,4	3,0
Число санаций в день	3,9	3,5	3,1
Число УЕТ в день	54,8	53,8	47,5
Соотношение неосложненного кариеса к осложненному постоянных зубов	4,8	4,8	4,1
Соотношение неосложненного кариеса к осложненному молочных зубов	5,1	4,1	3,5
Соотношение вылеченных зубов к удаленным (постоянные зубы)	3,1	2,8	2,7
Соотношение вылеченных зубов к удаленным (молочные зубы)	3,6	3,0	2,3
Число посещений на 1 пломбу	1,4	1,4	1,5
Число посещений на 1 санацию	2,6	2,9	3,1
% односеансного лечения зубов по поводу осложненных форм кариеса	16,5	14,2	14
% санированных от числа первично обратившихся	60	58,1	52,7

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ
Краевая научно-практическая конференция врачей стоматологов

Всего охват профилактическими осмотрами	74,8	77,2	61,7
в том числе детей:	71,7	77,3	50,7
Процент всех нуждавшихся в санации	31,8	31,7	34
в том числе детей:	30,3	29,7	36,1
Процент всех санированных	63,1	60,1	54,6
в том числе детей:	61	58,7	54,1
Показатели работы по ортопедической стоматологии	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Число посещений в день	5,4	4,8	4,5
УЕТ в день	14,6	16,4	14,4
Число лиц, получивших протезы	9424	8987	6989
Из них сельских жителей	1488	1273	967
Изготовлено протезов	17194	17782	14550
Число лиц получивших протезы на 10 000 населения	117,3	112,7	88,2
Количество опорных зубов в одном мостовидном протезе	2,1	2,1	2,2
Количество восстановленных зубов на один опорный зуб	0,8	0,8	0,9
Удельный вес фасеток	32,2	26,6	21,6
Количество бюгельных протезов	414	281	187
Количество единиц металлокерамики и фарфора	4904	4150	4452
Показатели работы по ортодонтической стоматологии	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Число посещений в день	10,5	12,0	11,2
Взято на лечение	2840	2723	2110
УЕТ в день	57,5	73,1	73,9
Показатели работы по хирургической стоматологии	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Удалено зубов	125933	133463	111335
В том числе постоянных	98703	104536	86893

Периостит	3982	3539	3098
Абсцесс	398	343	278
Флегмона	19	9	22
Число послеоперационных осложнений	0,5	0,5	0,6
Выдано больничных листов	1044	697	591
Среднее число дней нетрудоспособности	6,5	8	7,1

Всего было сделано посещений – 633384 (2019 год – 854997), что составляет на 1 жителя края - 0,5.

К врачам-стоматологам было сделано 618557 посещений (2019 г. – 839287), к зубным врачам – 14827 (2019 г. – 15710).

Число посещений на 1 врача в день – 9,9 (2019 год – 11,3).

Функция врачебной должности составила – 7352 УЕТ (2019 год - 8869).

Условные единицы трудоёмкости на 1 врача в день составили 47,5 УЕТ (2019 год – 53,8).

Санированных от числа первично обратившихся - 52,7 % (2019 год – 58,1 %).

Вылечено зубов – 220207 (2019 год – 291921).

Число пломб в день – 4,5 (2019 год – 5,0).

Число зубов, вылеченных по поводу осложненного кариеса – 48973 (2019 год – 58499).

Соотношение неосложненного кариеса к осложненному постоянных зубов 4, 1:1 (2019 год – 4, 8:1).

Соотношение неосложненного кариеса к осложненному молочных зубов 3, 5:1 (2019 год – 4, 1:1).

Соотношение вылеченных зубов к удаленным (постоянные зубы) - 2,7:1 (2019 г. – 2,8:1).

Соотношение вылеченных зубов к удаленным (молочные зубы) – 2,3:1 (2019 г. – 3,0:1)

Процент однокоронного лечения осложненных форм кариеса – 14,0 % (2019 год – 14,2%).

Среднее число посещений на одну пломбу – 1,5 (2019 год – 1,4).

Среднее число посещений на одну санацию составило – 3,1(2019 год – 2,9).

Охват профилактической работой составил 61,7% (2018 год – 77,2%), нуждалось в санации – 34% (2019 год – 31,7%), санировано – 54,6% (2019 год – 60,1%). В связи с эпидемиологической обстановкой все показатели стоматологической службы по Забайкальскому краю за 2020 год ниже уровня прошлого года.

Хирургическая помощь населению Забайкалья оказывается как на смешанном приеме врачей-стоматологов, так и стоматологами-хирургами на дифференцированном приеме. В 14 медицинских организациях ведут прием врачи стоматологи-хирурги. Всего удалено зубов – 111335 (2019 год - 133463), в том числе постоянных – 86893 (2019 год – 104536). Проведено хирургических операций по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний: периоститов – 3098 (2019г. – 3539), абсцессов – 278 (2019 г. – 343), флегмон 22 (2019 г. – 9). Число послеоперационных осложнений – 0,6% (2019 г. – 0,5%). Выдано больничных листов – 591 (2019 г. – 697). Среднее число дней нетрудоспособности – 7,1 (2019 г. – 8).

Ортопедическая помощь оказывается в 13 медицинских организациях Забайкальского края. Врачей стоматологов-ортопедов – 36, зубных техников – 50. За 2020 год к стоматологам-ортопедам было сделано 27690 посещений (2019 г. – 38106). Число лиц, получивших зубные протезы – 6989 чел. (2019 г. – 8987). Всего изготовлено протезов – 14550 (2019 г. – 17782). Количество УЕТ в день на одного врача –14,4 УЕТ (2019 г. – 16,4). Изготовлено съемных протезов –4104 (2019 г.- 5423), бюгельных – 187 (2019 г. - 281), мостовидных протезов – 2108(2019 г. – 3108), в них коронок – 5114(2019 г. – 6757). Количество опорных зубов в одном мостовидном протезе составляет – 2,2 (2019 г. – 2,1), а соотношение восстановленных зубов на один опорный –0,9 (2019 г.- 0,8). Удельный вес фасеток составляет – 21,6%, количество металлокерамических единиц – 4452 (2019 г. – 4150). Количество посещений по поводу коррекций съемных протезов в пределах нормативных показателей.

Ортодонтическая помощь оказывается населению в Забайкалье 13 врачами-ортодонтами: в КДКБ, КБ №4 г. Краснокаменска, стоматологическом отделении ДКМЦ г. Читы, клинике ЧГМА, Краевой стоматологической поликлинике. К стоматологам-ортодонтам в 2020 году сделано 21749 (2019 г. – 31319) посещений. Количество пациентов взятых на лечение в 2020 году – 2110 (2019 год – 2723). Число лиц, получивших ортодонтическое лечение – 10201 чел., из них детей 0-14 лет включительно – 7071 чел., 15-17 лет включительно – 2379 чел.

Основные задачи на 2021 год:

- повышение удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской стоматологической помощи;
- координация и согласование работы стоматологических медицинских организаций Забайкальского края, независимо от формы собственности;
- оснащение стоматологических кабинетов в соответствии с Порядками (приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. № 786н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»);
- изучение и распространение передового опыта, внедрение новых методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний;
- совершенствование планово-нормативных и качественных показателей деятельности врачей-стоматологов;
- развитие кадрового потенциала, повышение профессионального уровня медицинских работников;
- аттестация врачей стоматологического профиля на соответствующие квалификационные категории;
- проведение аккредитации врачей стоматологов Забайкальского края.

**Алтынникова И.О., Секисова Ю.В., Пинелис И.С.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ
ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность. Купирование болевого синдрома у пожилых людей при стоматологических вмешательствах является примером дискуссий в мире медицины. Выбор препаратов и их действие на организм имеют достаточно много особенностей, которые необходимо учитывать для более эффективного лечения пожилых пациентов.

Целью работы является изучение методов купирования болевого синдрома у пожилых людей при типовых стоматологических вмешательствах.

Задачи:

1. Изучение фармакодинамики и фармакокинетики анальгетиков, которые обычно назначает врач-стоматолог
2. Изучение особенностей выбора препаратов
3. Изучения особенностей назначения анальгезирующих средств пациентам пожилого возраста

Материалы и методы. Основные материалы для изучения - мониторинг научных статей, посвящённых купированию болевого синдрома у пожилых людей при стоматологических вмешательствах. Изучение фармацевтических статей о анальгезирующих препаратах, применяющихся в стоматологии

Боль в стоматологии является частым спутником целого ряда заболеваний, а так же, как правило, сопровождает лечебные манипуляции, поэтому профилактика боли и эмоционального стресса является одной из актуальных проблем стоматологии. Боль является многокомпонентной реакцией организма и является пусковым механизмом возникновения стрессового фактора для пациентов. После завершения хирургического вмешательства по окончании действия местных анестетиков одной из основных проблем раннего послеоперационного периода является болевой синдром. Для его лечения в современной амбулаторной практике ис-

пользуются ненаркотические анальгетики, которые, кроме обезболивающего действия, обладают жаропонижающими, противовоспалительными и десенсибилизирующими свойствами.

Анальгетики природного, полусинтетического или синтетического происхождения, предназначены для снятия болевых ощущений — анальгезии.

Наркотические анальгетики. Наркотические (опиоидные) анальгетики используют главным образом в челюстно-лицевой хирургии при интенсивной боли, для нейролептаналгезии (фентанил с дроперидолом), а также в качестве компонентов премедикации при наркозе (промедол и др.). Основными лимитирующими факторами применения сильных агонистов мю-опиатных рецепторов (морфин, фентанил, альфентанил) являются угнетающее действие на дыхательный центр и возможность формирования психической и

В послеоперационном периоде в качестве более безопасных средств утolenия боли могут быть предпочтительны «смешанные агонисты-антагонисты» опиатных рецепторов (пентазоцин, бупренорфин, буторфанол), а также неопиоидный анальгетик центрального действия трамадол. Кодеин, который характеризуется как слабый агонист мю-рецепторов, применяется в комбинациях с ненаркотическими анальгетиками (парацетамол, анальгин и др.) для болеутоления при пульпитах, невралгии, миалгии, для премедикации при препарировании зубов под искусственные коронки, а также для подавления кашлевого рефлекса в послеоперационном периоде

Ненаркотические анальгетики имеют более широкую распространённость. При купировании болевого синдрома у лиц пожилого возраста важно понимать, какие последствия могут возникнуть. Необходимо тщательно подходить к выбору анальгетиков, учитывая индивидуальные особенности организма, возраст, наличие хронических и сопутствующих заболеваний.

Ненаркотические анальгетики по своим фармакологическим свойствам существенно отличаются от анальгетиков группы морфина. Эти препараты по анальгетическому дей-

ствию значительно уступают наркотическим болеутоляющим средствам. Их эффект проявляется, главным образом, при болях воспалительного характера (артриты, миозиты, невралгии и др.).

Ненаркотические анальгетики не угнетают дыхания, не вызывают эйфории и лекарственной зависимости, не обладают снотворным эффектом, не влияют на кашлевой центр. У данной группы препаратов отчетливо проявляются противовоспалительный и жаропонижающий эффекты, которых нет у наркотических анальгетиков.

Достоинством этих препаратов является отсутствие наркотического эффекта, что дало основание широко применять их в амбулаторной практике.

Классифицируются ненаркотические анальгетики по химической структуре:

1. Производные салициловой кислоты: аспирин, ацетилсалицилат лизина (ацелизин), натрия салицилат, метилсалицилат, салициламид.
2. Производные пиразолона: амидопирин, метамизол (анальгин), фенилбутазон (бутадион).
3. Производные анилина: парацетамол.
4. Производные органических кислот: фенилпропионовой - ибупрофен, напроксен, кетопрофен; фенилуксусной - диклофенак натрия (ортофен, вольтарен); индолуксусной -индометацин (метиндол), сулиндак; антралиновой - мефенамовая кислота.
5. Оксикамы: пироксикам, теноксикам. Некоторые ненаркотические анальгетики часто называют анальгетиками-антипиретиками, так как они имеют не только болеутоляющее, но и жаропонижающее действие. К ним относятся производные пиразолона (анальгин), салициловой кислоты (кислота ацетилсалициловая) и анилина (парацетамол, фенацетин). У них слабо выражено противовоспалительное свойство. Они в результате выраженного противовоспалительного действия называются «нестероидные противовоспалительные средства» (НПВС). Они нашли не только применение как анальгезирующие и жа-

ропонижающие средства, но и широко используются при лечении разных воспалительных заболеваний. К нестероидным противовоспалительным средствам относятся препараты, производные органических кислот (ибупрофен, диклофенак, индометацин, мефенамовая кислота); оксикамы (пироксикам), производные салициловой кислоты и некоторые препараты пиразолонового ряда (бутадион).



Механизм противовоспалительного действия. Препараты в большей степени ограничивают развитие экссудативной и пролиферативной фаз воспаления, на альтерацию влияют мало. Противовоспалительный эффект связан с тем, что эти препараты:

1. угнетают образование из арахидоновой кислоты медиаторов боли, воспаления и лихорадки – простагландинов, в следствие снижения активности фермента ЦОГ-2 (индуцибельной)
2. угнетают синтез и высвобождение медиаторов воспаления (серотонина, гистамина) из тучных клеток;
3. угнетают активность гиалуронидазы – фермента, расщепляющего гиалуроновую кислоту, тем самым ограничивают процесс экссудации;
4. ингибируют синтез коллагена фибробластами грануляционной ткани, подавляют пролиферативную фазу воспаления.

Препараты снижают энергетический обмен клетки, уменьшая АТФ в тканях очага воспаления. Нестероидные противовоспалительные средства подавляют интенсивность пролиферативных процессов. Блокируя синтез ПГ, препараты уменьшают проницаемость сосудистой стенки и проникновение в ткани плазменных факторов. При этом снижается активность гуанилатциклазы и уровень цГМФ, угнетается деление фибробластов, синтез коллагена, мукополисахаридов, образование ревматических гранулем и соединительной ткани.

Антипролиферативное действие частично связано и с торможением активности серотонина и брадикинина, стимулирующих деление фибробластов. Деструктивные процессы в хрящевой и костной ткани препараты, к сожалению, не тормозят. Более того, они подавляют способность хондроцитов секретировать ингибиторы разрушающих» протеолитических ферментов (коллагеназы и эластазы), последние накапливаются, вызывая деструкцию хрящевой и костной ткани. Кроме того, снижается синтез протеинов, необходимых для регенерации хрящевой и костной тканей, подавляется гемоперфузия в очаге воспаления, что так-

же нарушает процесс регенерации, особенно в головках костей. Из всех препаратов только пироксикам не вызывает деструкции хряща и кости, так как блокирует интерлейкин-1, стимулирующий продукцию «разрушающих» протеолитических ферментов (коллагеназы и эластазы).

Анальгетический эффект препаратов тесно связан с их противовоспалительным действием, они, в основном, снижают боль, обусловленную воспалением. В результате подавления воспалительного процесса падает уровень простагландинов, особенно ПГЕ2 и ПГИ2 (простациклин), принимающих участие в возникновении боли, способствующих отеку, повышающих чувствительность болевых рецепторов к брадикинину и гистамину - основным медиаторам боли.

За последние годы арсенал НПВС пополнился значительным числом новых препаратов, однако кеторол до сих пор выделяется среди всех НПВС, так как оказывает максимально выраженное анальгетическое действие, сопоставимое по силе с таковых наркотических анальгетиков. Но в отличие от наркотических анальгетиков препарат не влияет на опиоидные рецепторы, а, следовательно, не угнетает дыхание и моторику кишечника, не дает седативный эффект и, что особенно важно, не вызывает эйфорию и лекарственную зависимость. После приема внутрь максимальная концентрация кеторола в плазме крови достигается через 30—60 мин. Кеторол хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте. Биодоступность препарата после приема внутрь составляет 80—100%. Кеторол метаболизируется главным образом в печени с образованием конъюгированных и гидроксированных форм, которые выводятся через почки. В моче обнаруживается до 92% от введенной дозы препарата, причем 40% — в виде метаболитов, а 60% — в виде неизмененного вещества. Около 6% от введенной дозы выводится с калом. Период полувыведения препарата составляет в среднем 5,3 ч, но у больных старше 65 лет, а также у больных с нарушенной функцией почек этот показатель существенно увеличивается (в 1,5—2 раза).

Кетпрофен. Основные эффекты (Противовоспалительный, Анальгезирующий, Умеренный жаропонижа-

ющий, Антиагрегационный, Десенсибилизирующий (при длительном применении).

Показания для системного применения: инфекционно-воспалительные и дегенеративные заболевания височно-челюстного сустава, тканей пародонта, слизистой оболочки полости рта (в составе комплексной терапии); боли различного генеза у пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области: невралгия, неврит, миалгия, зубная боль (в т.ч. при лечении и удалении зубов), послеоперационные боли, травматическое воспаление мягких тканей и височно-нижнечелюстного сустава, головная боль;

Для местного применения: раствор для полоскания — воспалительные заболевания полости рта и глотки (стоматит, глоссит, гингивит, пародонтит, пародонтоз, ангина, фарингит и пр.), воспаление после лечения и удаления зубов (в качестве вспомогательного ЛС).

Нимесулид. Стоматологические показания. Это обезболивающее, противовоспалительное и жаропонижающее средство помогает пациентам со стоматологическими проблемами при интенсивном болевом синдроме в случае таких нарушений: кариозное поражение эмали и дентина, особенно при наличии глубоких полостей с присоединением инфекционных агентов; воспаление внутренних структур зуба – сосудов, нервов; воспалительные процессы десневой ткани – пародонтит и гингивит; наличие трещины или скола; киста, периостит челюстей; затрудненное прорезывание третьих моляров; воспаление ретинированного зуба; стоматит. Препарат обладает длительным действием и низкой вероятностью побочных действий при соблюдении дозировок.

Несмотря на достижения фармакологии, применение анальгетиков у пожилых людей имеет ряд особенностей. Лицам пожилого возраста, получающим неселективные НПВС, следует назначать ингибиторы протонной помпы или мизопростол с целью профилактики побочных реакции со стороны желудочно-кишечного тракта.

Пациентам, принимающим селективные ингибиторы ЦОГ-2 вместе с аспирином, необходимо назначать ингибиторы протонной помпы или мизопростол для профилактики

побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта. Не следует назначать больным более одного неселективного НПВС или селективного ингибитора ЦОГ-2 для купирования боли. До назначения НПВП, врачи должны изучить историю болезни, включая все сопутствующие заболевания, лекарства (включая фитопрепараты), прием алкоголя, курение. До начала терапии, пациенты должны иметь результаты следующих лабораторных тестов: АСТ, АЛТ, креатинин, тромбоциты и лейкоцитарная формула. Противопоказания к НПВП: ХСН, клиренс креатинина <50 мл/мин, гипонатриемия, гиповолемия, нефротический синдром, печеночная недостаточность с асцитом. После начала терапии НПВП, пациенты должны быть оценены каждые 2-4 недели в течение первых трех -четырёх посещений. НПВП следует назначать в наиболее низкой эффективной дозе • Краткая эпизодической терапии НПВП предпочтительнее долгосрочных курсов терапии НПВП. НПВП с коротким периодом полувыведения, могут представлять меньший риск ЖКК, чем НПВП более длительным периодом полувыведения.

Трамадол или трамадол/парацетамол (ацетаминофен) являются альтернативами опиатам, когда НПВП противопоказаны. Пациенты, получающие НПВП следует проконсультироваться с врачом, прежде чем принимать дополнительных лекарственных средства.

Литература

1. Вебер В.Р, Мороз Б.Т. Клиническая фармакология для стоматологов, 2003
2. <https://elib.pstu.ru/vufind/EdsRecord/edselr,edselr>.
3. Дягилев А.И., Иорданишвили А.К. Применение НПВП для купирования болевого синдрома в стоматологической практике //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.
4. https://pda.rlsnet.ru/mnn_index_id_745.htm
5. <https://medbe.ru/materials/anesteziya-i-narkoz-v-stom>.

**Бакшеева С. Л., Галонский В. Г., Дорохова С. А.,
Прохоренко Н. А.**

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА
У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск,
КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника
№ 8», г. Красноярск*

Введение. Стоматологическое здоровье является важной составляющей общего здоровья человека. На сегодняшний день доказана очевидность взаимовлияния здоровья полости рта и общего здоровья. По мнению А. М. Соловьевой (2012), с одной стороны, полость рта является нишей для микроорганизмов, в том числе условно-патогенных возбудителей, а, следовательно, зоной потенциальной локализации воспалительных очагов хронической инфекции; с другой стороны, ряд системных заболеваний характеризуются симптоматикой, проявляющейся в полости рта [2].

Перенесённые и сопутствующие заболевания оказывают влияние на развитие заболеваний полости рта, вызывая количественные и качественные изменения в составе слюны, могут приводить к деминерализации твёрдых тканей зубов, а также к изменениям в тканях пародонта и слизистой оболочки полости рта [1]. Особое влияние на течение заболеваний тканей пародонта имеет сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта. Патология пищеварительной системы, снижает неспецифическую резистентность организма, из-за нарушения ряда регулирующих механизмов таких как: иммунный и эндокринный дисбаланс, нарушение микроциркуляции и минерального обмена, изменения метаболизма соединительной ткани, дефицит витаминов. Данные обстоятельства в совокупности способствуют негативному воздействию имеющейся в полости рта микрофлоры на ткани пародонта, тем самым усугубляя течение гингивита и пародонтита.

Таким образом, патология желудочно-кишечного тракта является фактором риска, развития и неблагоприятного течения стоматологических заболеваний, особенно воспалительных заболеваний пародонта.

Цель работы. Изучить стоматологическое здоровье у пациентов с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. В исследование вошло 25 человек, в возрасте от 35 до 58 лет, из них 17 лиц мужского пола, 8 – женского, обратившихся за стоматологической помощью, находящиеся на лечении и диспансерном наблюдении у врача-гастроэнтеролога по поводу наличия хронической патологии желудочно-кишечного тракта.

Все пациенты прошли комплексное стоматологическое обследование, включающее в себя оценку стоматологического статуса, гигиенического состояния полости рта (индекс Грина–Вермилиона). Наличие воспалительных процессов в тканях пародонта определяли с помощью комплексного периодонтального индекса (КПИ).

Результаты и обсуждения. В результате исследования был установлен высокий уровень распространённости кариеса зубов (100%). Высокая стоматологическая заболеваемость поддерживается низким уровнем гигиенической грамотности, несоблюдением правил индивидуальной гигиены полости рта. Средний индекс гигиены по Грин–Вермилиону данного контингента составил 2,6 балла, что соответствовало о неудовлетворительной оценке гигиены полости рта. В результате клинического обследования у всех пациентов были зарегистрированы воспалительные заболевания пародонта: причём чаще всего лёгкая степень тяжести выявилась у женщин (в 37%), средняя и тяжёлая степень тяжести пародонтита преобладали у мужчин (в 67%) и чаще всего встречалась у пациентов с язвенной болезнью желудка (в 70%). Необходимо отметить, что 42% среди обследованных пациентов никогда не проходили лечение у врача-пародонтолога.

Нами диагностировано при клиническом обследовании пациентов с заболеваниями органов пищеварения наи-

более частые клинические изменения слизистой оболочки полости рта: пастозность слизистой оболочки (58,6%), сухость полости рта, губ (43%), обильный налёт на языке (50,9%). Пациенты с язвенной болезнью желудка чаще предъявляли жалобы на повышенное слюноотделение. Чаще других (61%) предъявляли жалобы на сухость полости рта пациенты с хроническим холециститом, обильный налёт на языке беспокоил также большую часть таких пациентов.

При обследовании выявлена и патология слизистой оболочки рта: красный плоский лишай – 2 человека, хронический рецидивирующий афтозный стоматит у 4 пациентов, эксфолиативный хейлит – 1 пациент.

Заключение. Из представленных данных видно, что патология желудочно-кишечного тракта является фактором риска развития и неблагоприятного течения хронических воспалительных заболеваний пародонта. Но нельзя исключить и обратного влияния. Не только патология желудочно-кишечного тракта способствует развитию заболеваний пародонта, но и заболевания пародонта усугубляют течение и развитие заболеваний органов пищеварения. Очевидно, что подходы к лечению воспалительных заболеваний пародонта на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта должны строиться с учётом универсальных патогенетических механизмов развития сочетанной патологии.

Литература

1. Грудянов, А. И. Заболевания пародонта / А. И. Грудянов. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 328 с.
2. Соловьева, А. М. Итоги круглого стола экспертов по проблеме «Связь стоматологического и общего здоровья» // Институт стоматологии. – 2012. – № 2. – С. 1–2.

**Бакшеева С. Л., Галонский В. Г., Иванникова Н. А.,
Лопатина О. В.**

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
ГЕРОНТОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск,
КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника
№ 8», г. Красноярск*

Введение. Стремительное старение населения земного шара делает всё более актуальными вопросы повышения объёма и качества всех видов медицинского, в том числе, стоматологического, обслуживания пожилых людей. Уже в настоящее время доля людей пожилого и старческого возраста в Российской Федерации превышает в ряде регионов 30% и продолжает неуклонно расти [1].

К особенностям состояния здоровья пожилых людей, вызванных самой природой старения, относятся множество сочетанных патологических процессов, сниженные компенсаторные возможности организма в целом, частые осложнения при несвоевременно начатом лечении. Врачам стоматологам часто не удаётся улучшить состояние органов полости рта пациента потому, что они не рассматривают проблему стоматологической патологии с общесоматическим статусом пожилого человека, в то время как состояние здоровья полости рта неразрывно связано с состоянием здоровья всего организма и оказывает на него огромное влияние.

Цель работы. Изучить клиническую эффективность комплексного подхода в лечении заболеваний пародонта у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. По данным нашего наблюдения более 90% обратившихся за стоматологической помощью пациентов старшей возрастной группы нуждались в пародонтологическом лечении. Одним из влиятельных фоновых причин этой патологии являются метаболические нарушения, остеопороз. Особое значение в этой социальной груп-

пе имеет половая принадлежность – женщины более склонны к остеопорозу и ранней потере зубов.

Под нашим наблюдением находилось 18 женщин, средний возраст которых составил 56 лет. 10 пациенток обратились в стоматологическую поликлинику по поводу лечения хронического генерализованного пародонтита, остальные (8 человек) с целью санации полости рта перед началом зубного протезирования. Пациентки взяты на диспансерный учёт и в течение двух лет с периодичностью 1 раз в 6 месяцев проходили осмотр у врача-стоматолога. Разделены на две группы: 1 группа – 11 женщин (проходивших лечение у врача-стоматолога), 2 группа – 7 человек (проходивших лечение у врача-стоматолога и лечение у врача-гинеколога, эндокринолога и врача-ревматолога). Все пациенты прошли комплексное стоматологическое обследование. Всем оценивали общесоматическое здоровье (анкетирование, медицинская карта пациента). Вся группа прошла денситометрическое исследование, проводимое в Центре диагностики и профилактики остеопороза (Федеральный Сибирский научно-клинический центр).

Результаты и обсуждения. При изучении стоматологического здоровья данного контингента следует отметить, что в целом более половины респондентов (53,8%) оценивают своё стоматологическое здоровье как плохое, треть (34,3%) как удовлетворительное и только 11,9% как хорошее. Отмечая при этом, что состояние полости рта стало значительно хуже, чем 5 лет назад.

В результате исследования был установлен высокий уровень распространённости кариеса зубов (99,8%). При анализе структурных компонентов индекса КПУз выявлено, что преобладает компонент «У». Анализируя показатели кариесрезистентности женщин, выявили, что большинство обследуемых (59,7%) имеют очень низкий уровень кариесрезистентности зубов и всего у 11 человек (1,2%) был определён высокий уровень данного показателя. Высокая стоматологическая заболеваемость поддерживается низким уровнем гигиенической грамотности, несоблюдением правил индивидуальной гигиены полости рта. Средний индекс

гигиены по Федоровой–Володкиной данного контингента – 2,33 балла, что соответствует неудовлетворительной оценке гигиены полости рта.

Во всех группах зарегистрированы заболевания тканей пародонта. Нами диагностирована средняя степень тяжести пародонтита в 56,3%, тяжёлые формы пародонтита выявлены в 14,6% случаев. Из всей группы только 29,0% женщин ранее проходили курс лечения у врача-стоматолога-пародонтолога.

Анализ оценки ортопедического статуса показал, что у данной группы населения в 12,8% случаев диагностировался патологический прикус. Выявлено, что только 14,0% женщин не нуждались в зубном протезировании. Большинству из нуждавшихся 39,2% требовался один вид протеза, а в 29,3% случаев необходимо было комбинированное протезирование.

Нами была проанализирована динамика состояния здоровья пациентов в течение года. При этом практически каждый второй пациент (45,1%) отметил ухудшение своего здоровья, треть пациентов (34,7%) указали, что изменений в состоянии здоровья за год не произошло, улучшение отметили лишь 17,4%, а значительное ухудшение 2,7%. Анализ наличия заболеваний различных органов и систем показал, что у каждого третьего пациента имелись жалобы на состояние сердечно-сосудистой системы (38,1%), ЛОР-органов (31,7%), пищеварительного тракта (31,1%). Около четверти респондентов отмечали определённые нарушения в функционировании костно-мышечной, дыхательной и мочеполовой систем, почти у каждой третьей женщины имелись проблемы с эндокринной и нервной системами. Зарегистрированы переломы верхних и нижних конечностей. Несмотря на относительно молодой возраст женщин, в отдельных случаях отмечалась инволюция гормонального плана: отсутствие цикла, приливы жара, повышенная усталость, потливость, неустойчивое настроение, депрессия, бессонница.

В результате остеоденситометрии выявлено уменьшение плотности костной ткани в среднем на 20%, по сравнению с действующими стандартом. У отдельных пациенток

выявлен и вторичный остеопороз, как осложнение вследствие заболеваний ЖКТ.

Лечение пародонтита в двух исследуемых группах проходило соответственно стандартам лечения и включало: санацию полости рта; профессиональное удаление назубных отложений; санацию патологических пародонтальных карманов (кюретаж, ирригация 2% раствором хлоргексидина с применением ультразвука, введением бисептол-метилурациловой пасты, десневые повязки); аутомассаж дёсен; избирательное пришлифовывание; шинирование по показаниям.

Во второй группе пациенток дополнительно в комплексное лечение были включены: назначения врача-гинеколога-эндокринолога: малые дозы эстрогенов для нормализации гормонального дисбаланса; назначения врача-ревматолога: препараты, регулирующие гомеостаз кальция, способствующие положительной динамике ремоделирования костной ткани, препараты, тормозящие процессы резорбции костной ткани и препараты, стимулирующие процессы остеогенеза.

Воспалительный процесс в тканях пародонта гораздо быстрее купировался у пациенток второй группы, улучшилось общее состояние, что существенно повысило качество их жизни. За время наблюдения отмечена положительная динамика и в клинико-рентгенологической картине заболеваний пародонта, достигнута стойкая ремиссия.

Таким образом, при лечении пациентов пожилого и старческого возраста в случае взаимодействия врача-стоматолога со смежными специалистами общесоматического профиля достигается наилучший результат лечения, причём, как заболеваний полости рта, так и соматической патологии.

Литература

1. Кузнецов С. В. Клиническая геронтостоматология. – М.:ООО «Медицинское агентство», 2013. – 240 с.

Бриль Е. А., Галонский В. Г., Пустошилова А. С.
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЭТАПАХ
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск.*

Актуальность. Несмотря на использование методов и средств профилактики кариеса зубов у ортодонтических пациентов, проблемы профилактики негативных изменений в органах и тканях полости рта остаются актуальными. Многочисленными исследованиями показано, что при ортодонтическом лечении зубочелюстных аномалий съёмными и несъёмными аппаратами нарушается гигиена полости рта, возрастает поражаемость зубов кариесом, возникают заболевания тканей пародонта [1–5]. В связи с этим возникает необходимость в использовании современных средств первичной профилактики на этапах аппаратурного лечения ортодонтических пациентов.

Цель исследования: разработка эффективных методов профилактики кариеса зубов у детей с зубочелюстными аномалиями на основе использования средств первичной профилактики Clinpro XT Varnish (3M ESPE).

Материалы и методы. Для определения эффективности профилактических мероприятий были сформированы две группы детей 12–17 лет, находившихся на лечении у врача-ортодонта с использованием лигатурных брекетов и имеющие до начала лечения компенсированную форму кариеса зубов. Все дети до фиксации брекетов были обучены стандартному методу чистки зубов и применяли кальцийсодержащие зубные пасты.

В первой группе детей (контрольной, 30 человек) проводили санацию полости рта, обучение стандартному методу чистки зубов с использованием зубной щётки с V-образной формой щетины для чистки брекетов и межзубной щётку с ёршиками. Вышеперечисленные предметы гигиены

пациенты применяли ежедневно, с заменой на новые один раз в три месяца. Проводили профессиональную гигиену полости рта два раза в год, с последующим покрытием всех зубов фторлаком.

Детям второй группы (30 человек) также проводили санацию полости рта до фиксации брекетов и комплексное назначение предметов и средств первичной профилактики. В процессе ортодонтического лечения дети этой группы ежедневно использовали: зубную щётку с V-образной формой щетины для чистки зубов и брекетов, межзубную щётку с ёршиками. Детям второй группы проводили покрытие эмали зубов вокруг брекетов материалом Clinpro XT Varnish (3M ESPE), содержащее соединения фтора, кальция и фосфатов. Покрытие проводили сразу после фиксации брекетов и через каждые 6 месяцев, по протоколу применения препарата. После проведения профессиональной гигиены полости рта, эмаль промывали водой, высушивали воздухом, протравливали 15 сек., промывали водой, высушивали в течение 5 сек., наносили 1 дозу (1 клик для покрытия вокруг 5 брекетов) материала на блокнот, замешивали материал в течение 15 сек. и на область вокруг брекетов наносили материал Clinpro XT Varnish (3M ESPE) с помощью аппликатора. Проводили полимеризацию материала светом в течение 20 сек. После полимеризации лампой подравнивали края и удаляли неровности вокруг крыльев брекетов с помощью бора, а затем фиксировали ортодонтическую дугу. Покрытие материалом Clinpro XT Varnish повторяли через каждые 6 месяцев.

С целью изучения динамики кариозного процесса у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями (ЗЧАД) было проведено наблюдение в течение 18 месяцев. Исследование позволило изучить динамику интенсивности кариеса зубов на этапах ортодонтического лечения, оценить уровень гигиены полости рта и состояние краевого пародонта.

Регистрация стоматологического статуса проводилась в специально разработанных картах. У всех обследованных детей четыре раза в году проводилось изучение стомато-

логического статуса по показателям интенсивности кариеса постоянных зубов. Для характеристики гигиены полости рта использовали индекс гигиены (ИГ) Ю. А. Федорова – В. В. Володкиной (1971). Клиническое состояние тканей пародонта учитывали по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (РМА), в модификации Парма (1960). Для оценки состояния тканей пародонта у детей применяли комплексный периодонтальный индекс КПИ (Леус П. А., 1988). С учётом нормальности распределения вариационных рядов, данные клинических исследований, подвергались статистической обработке по методу Вилкоксона-Манн-Уитни.

Результаты исследования. Анализ значений ИГ Федорова-Володкиной у детей с ЗЧАД показал, что через один месяц после фиксации брекет системы гигиеническое состояние полости рта оценивалось как плохое и не имело достоверных различий между группами сравнения (табл. 1). У детей первой группы (контрольной) через 18 месяцев на фоне контролируемой гигиены полости рта, показатели ИГ достоверно снижались до $2,17 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). У детей второй группы (использующих дополнительно покрытие препаратом Clinpro XT Varnish) значения ИГ уменьшались от $2,74 \pm 0,02$ до $1,42 \pm 0,05$ ($p < 0,001$). Данный показатель ИГ позволил оценить гигиеническое состояние полости рта как хорошее у детей второй группы.

Сравнительная оценка динамики индексов РМА и КПИ у детей первой группы (контрольной) показал ухудшение этих показателей. Значение индекса РМА у детей контрольной группы, на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта возросло в 2,8 раза, индекса КПИ в 3 раза. Показатели индексов РМА и КПИ позволили выявить среднюю степень воспаления в тканях пародонта у детей первой группы через 18 месяцев использования брекет систем.

На фоне комплексного использования предметов и средств первичной профилактики (совместное применение специальных зубных щёток с ёршиками и покрытия препаратом Clinpro XT Varnish) у детей второй группы через 18 месяцев отмечена положительная динамика при оценке состояния тканей пародонта. Следует отметить, что значе-

ние индекса РМА у детей второй группы уменьшилось в 5,4 раза, значение индекса КПИ снизилось в 3,5 раза.

Таблица 1

Оценка клинических показателей полости рта у детей с ЗЧАД

Группы детей с ЗЧАД	Сроки осмотров	Изучаемые показатели (M±m)		
		ИГ (в баллах)	РМА (%)	КПИ
Группа №1 контрольная (n=30)	Первый осмотр (через 1 мес.)	2,65±0,05	12,56±1,80	0,82±0,31
	Заключительный осмотр (через 18 мес.)	2,17±0,02***	35,13±2,17***	2,47±0,43**
Группа №2 (n=30)	Первый осмотр (через 1 мес.)	2,74±0,03	13,97±1,20	0,95±0,44
	Заключительный осмотр (через 18 мес.)	1,42±0,05 *** P _{1,2} <0,001	2,57±0,48 *** P _{1,2} <0,001	0,27±0,13 * P _{1,2} <0,001

Примечание: n – количество детей, достоверность различий дана по группам относительно исходных показателей: * - p<0,05; ** - p<0,01, *** - p<0,001.

Результаты исследования показали, что у детей с ЗЧАД показатели стоматологического статуса в процессе аппаратурного лечения ухудшались. У детей первой группы (контрольной) через 18 месяцев существенно изменился показатель интенсивности кариозного процесса. Так, прирост по индексу КПУ(з) (сумма кариозных - К, пломбированных - П, удалённых - У постоянных зубов) от начала аппаратурного лечения у детей первой группы составил 2,72±0,18, а по индексу КПУ(п) (сумма всех поверхностей с кариесом - К, пломбами - П и удаление - У постоянных зубов) 3,17±0,28 (табл. 2).

У детей второй группы, после комплексного использования в течение 18 месяцев предметов и средств первичной профилактики, произошло существенное снижение прироста кариеса зубов в отличие от показателей контрольной группы (p<0,001). Так, прирост по индексу КПУ(з) у детей, использующих в процессе ортодонтического лечения по-

крытие препаратом Clinpro XT Varnish 2 раза в год, составил всего $1,08 \pm 0,22$, а по индексу КПУ(п) $1,42 \pm 0,16$ ($p < 0,001$).

Таблица 2

Оценка прироста интенсивности кариеса зубов у детей с ЗЧАД

Группы детей с ЗЧАД	Сроки осмотров	Показатели интенсивности кариеса зубов (M±m)			
		КПУ(з)	КПУ(п)	Прирост по индексам	
				КПУ(з)	КПУ(п)
Группа №1 контрольная (n=30)	Первый осмотр	1,78±0,11	2,97±0,34	-	-
	Заключительный осмотр (через 18 мес.)	4,50±0,24**	6,14±0,22**	2,72±0,18	3,17±0,28
Группа №2 (n=30)	Первый осмотр	2,54±0,26	3,82±0,24	-	-
	Заключительный осмотр (через 18 мес)	3,62±0,20*	5,24±0,10**	1,08±0,22 P _{1,2} <0,001	1,42±0,16 P _{1,2} <0,001

Примечание: n – количество детей, достоверность различий дана по группам относительно исходных показателей: * - $p < 0,01$, ** - $p < 0,001$.

Закключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ортодонтическое лечение следует использовать под контролем индексов гигиены и дополнительного применения реминерализующих препаратов - покрытия препаратом длительного действия Clinpro XT Varnish (3M ESPE) через каждые 6 месяцев, на протяжении всего периода использования лигатурных брекетов, с целью повышения эффективности профилактики кариеса зубов у данной группы пациентов.

Литература

1. Бриль, Е. А. Частота встречаемости зубочелюстных аномалий и деформаций в периоды формирования прикуса / Е. А. Бриль, Я. В. Смирнова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 42–46.
2. Грудянов, А. И. Изменения состава микрофлоры зубодесневой борозды в процессе ортодонтического лечения /

- А. И. Грудянов // Стоматология. – 2012. – № 3. – С. 61–64.
3. Павловская, Я. В. Диагностика состава парадонтопатогенной микрофлоры у пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении, с помощью молекулярно-генетического метода ПЦР / Я. В. Павловская, Ю. А. Гиоева, В. Н. Царев, [и др.] // Ортодонтия. – 2013. – № 4 (64). – С. 6–8.
 4. Модина, Т. Н. Особенности формирования хронического гипертрофического гингивита у подростков 13-15 лет / Т. Н. Модина, Е. В. Мамаева, Д. А. Цинеккер // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. – № 2. – С. 28–34.
 5. Перова, Е. Г. Особенности влияния различных факторов на эффективность аппаратурного лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков / Е. Г. Перова, А. А. Левенец, Е. А. Бриль // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 3 (75). – С. 75–79.

Волынкина А. И., Галонский В. Г.
РЕЗУЛЬТАТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ
В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск.

Введение. Нарушения репродуктивной функции наиболее распространены среди населения развитых и развивающихся стран, что обусловлено соответствующими условиями жизни и стилем поведения жителей современных городов. Достижения эмбриологии и генетики определяют прогресс биомедицинских технологий, позволяющих реализовать репродуктивный потенциал супружеской пары в случае неэффективности альтернативного медикаментозного лечения (экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), перенос и криоконсервация эмбрионов, вспомогательный хэтчинг, интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ), предимплантационная генетическая диагностика и другие). При этом негативное влияние на формирующееся потомство бесплодной супружеской пары определяется, начиная с доимплантационной стадии развития эмбрионов [4, 9, 19]. Беременность, наступившая после ЭКО, протекает на фоне высокого уровня эстрадиола и относительно низких значений прогестерона в плазме крови [2, 13]. Особенности гестации и родов после применения технологий вспомогательной репродукции считают многоплодие, угрозы прерывания и преждевременные роды, патологии плацентации, недоношенность, задержки внутриутробного развития, анте- и интранатальную гипоксию плода [8, 11].

Ожидаемым исходом применения вспомогательных репродуктивных технологий является многоплодная беременность и рождение dizygотных близнецов [8]. Однако обращает внимание подтверждения повышения частоты monozygotных двоен после применения препаратов для индукции овуляции, культивирования *in vitro* и манипуля-

ций с эмбрионами [14]. Дети, рождённые после использования вспомогательных репродуктивных технологий, имеют повышенный риск развития различных неблагоприятных для здоровья состояний, включая низкую оценку по шкале Апгар, осложнения неонатальной адаптации, такую специфическую патологию, как внутрижелудочковое кровоизлияние, и как следствие – более длительное пребывание в клинике и последующие госпитализации [3, 8, 12, 15, 16, 17, 18]. Однако остаётся спорным вопрос о причинных факторах, таковыми могут являться препараты и методы, выбранные для лечения бесплодия, или патология репродуктивной системы, сопутствующая дальнейшей индуцированной беременности.

В отечественной и зарубежной литературе практически отсутствуют описания исследований, посвящённых изучению стоматологического здоровья детей, рождённых после применения вспомогательных репродуктивных технологий. В то время как анатомические структуры челюстно-лицевой области в периоде своего формирования чувствительны ко многим отрицательным влияниям, а стоматологическая патология носит мультифакториальный характер [6, 7]. Наибольшая чувствительность этих процессов совпадает с периодами анте- и неонатального развития [5].

Цель исследования: оценить параметры стоматологического статуса у детей, рождённых в результате беременности, индуцированной в рамках программы экстракорпорального оплодотворения.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах обследования 236 детей в возрасте до 6 лет, из них 106 рождены после реализации программы ЭКО (основная группа), 130 детей – в результате беременности без применения вспомогательных репродуктивных технологий (контрольная группа). Оценка стоматологического статуса проводили с использованием стандартного набора инструментов и традиционных методик. В зубной формуле ребёнка динамически отмечали зубы с момента перфорации ими альвеолярной десны с обнажением одного бугра или режущего края (согласно определению Базиян Г. В., с соавт,

1971). На основании выявленных ранее региональных нормативов сроков прорезывания зубов для каждого ребёнка определяли соответствие норме или опережение / отставание в процессах формирования временного и постоянного прикуса [1, 10]. Клинико-анамнестические данные получены с помощью интервьюирования родителей согласно разработанного алгоритма опроса и выкопировки сведений о заболеваемости из амбулаторных карт.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением пакета прикладных программ «Stat soft Statistica 10.0». Статистическую значимость различий между значениями качественных показателей определяли по критерию χ^2 Пирсона, количественных – по критерию Манна–Уитни. Корреляционный анализ признаков проводили на основании статистически значимых показателей коэффициента корреляции Спирмена (r).

Результаты исследования и обсуждения. Из 106 обследованных детей, рождённых в результате реализации программы экстракорпорального оплодотворения, у 74 (69,8%) было выявлено соответствие сроков прорезывания временных зубов региональным нормативам. У 2 (1,9%) детей регистрировалось раннее формирование временного прикуса, а 30 (28,3%) детей характеризовались отставанием в формировании временного прикуса, выраженном в несоответствии сроков прорезывания всех временных зубов. Анализ аналогичных параметров в контрольной группе продемонстрировал соответствие нормальным срокам прорезывание временных зубов у 113 детей (88,9%), опережение – у 4 (3,2%), отставание – у 10 (7,9%, $p < 0,0001$). Однако после поправки на постконцептуальный возраст обследуемых значения сравниваемых показателей в группах оказались сопоставимы.

В результате корреляционного анализа были выявлены положительные связи позднего прорезывания временных зубов с такими факторами как недоношенность ($r=0,44$) и низкая масса тела при рождении ($r=0,55$). Такие реакции со стороны организма и поведения ребёнка, как повышение температуры тела, беспокойство, нарушения сна, аппетита,

диспептические расстройства, сопровождали процесс прорезывания временных зубов чаще у детей основной группы (35,9%), в сравнении с группой контроля (17,7%, $p=0,0015$). В обеих изучаемых группах данные показатели ассоциировались с фактом рождения от многоплодной беременности ($r=0,89$).

Обращает на себя внимание факт диссоциации в сроках формирования временного прикуса среди обследуемых близнецов, который напрямую коррелировал с отмеченным ранее дискордантным внутриутробным развитием. Временные зубы прорезывались с разницей в 1–2 месяца у 50,0% близнецов в основной и у 33,3% – в контрольных группах. В сроках прорезывания постоянных зубов подобных различий не обнаружено, что подтверждает действие феномена «догоняющего роста» и компенсации, в том числе, в темпах развития зубочелюстного аппарата.

Критерии, характеризующие процесс формирования постоянного прикуса, оцениваемые в рамках данного исследования, начиная с пятилетнего возраста, оказались сопоставимы в основной и контрольной группах. Старт прорезывания постоянных зубов регистрировали у 63,2% детей в основной и 70,0% – в контрольных группах ($p=0,3106$). Признаки и их комбинации, свидетельствующие об этапе формирования прикуса, предшествующем прорезыванию постоянных зубов, такие как утолщение альвеолярного гребня, тремы, подвижность временных зубов, наблюдали у всех обследуемых детей в 5 лет.

Функциональные нарушения зубочелюстного аппарата, такие как девиация, дефлексия, регистрировали среди обследуемых в единичных случаях. Патологические изменения слизистой оболочки полости рта отмечали в основной группе несколько чаще (5,7%), в сравнении с контрольной группой (3,9%). Они были представлены участками десквамации на слизистой оболочке дорсальной поверхности языка. По этому признаку обнаружены различия среди близнецов, с тенденцией присутствия данного признака у ребёнка со сравнительно меньшей массой тела при рождении. Результаты пробы Шиллера-Писарева были сопоставимы в

группах обследуемых детей, положительный результат пробы отмечали локально, чаще в участках десны с прорезыванием зубов. Аномалии прикрепления мягких тканей в полости рта (короткая, массивная уздечка языка, губ) или факт их коррекции в анамнезе отмечали значительно чаще среди детей, рождённых после ЭКО. Так короткая уздечка языка обнаружена у 7 (6,6%) обследуемых в основной группе и 2 (1,5%) – в контрольной ($p=0,0433$), короткую уздечку верхней губы регистрировали в 2 раза чаще в основной (18,9%) группе, в сравнении с контрольной (9,2%, $p=0,0315$).

Среди детей основной группы незначительно чаще выявляли свидетельства нарушения минерализации твёрдых тканей временных и постоянных зубов. Степень кариозного поражения зубов оценивали по величине суммарного индексов кп или КПУ + кп в зависимости от возрастной категории. Средние его значения были сопоставимы в сравниваемых группах в возрасте 2 лет (0,9 – в основной, 0,8 – в контрольной) и 5 лет (3,9 – в основной, 3,5 – в контрольной). Распространённость кариеса зубов в 2 года среди детей группы ЭКО составила 25,4%, группы контроля – 27,1% ($p=0,4181$); значения данного показателя в возрасте 5 лет достигли 89,5% в основной и 73,3% – в контрольной группе ($p=0,0885$).

Проявления гипоплазии эмали постоянных зубов были выявлены у одного ребёнка контрольной группы (3,3%) и троих детей, рождённых после ЭКО (15,8%, $p=0,0548$). Они были представлены пятнистой и бороздчатой формой системной гипоплазии эмали, отмечались в близнецовых парах с диссоциативным развитием, у детей, рождённых с массой тела менее 2500 г. Однако, ввиду отсутствия в зубной формуле детей 5 и 6 лет постоянных зубов или их единичности более чем у трети из обследованных, правильнее считать обозначенные выше значения по критерию системной гипоплазии эмали не окончательными.

В ходе обследования ребёнка уточняли со слов родителей факт наличия гипотетически значимых бытовых факторов риска формирования стоматологической патологии. Это позволило определить, что при организации питания роди-

тели следуют принципам культуры потребления углеводов лишь у 6,6% детей основной и 7,7% контрольной групп. Частично соблюдаются данные правила в 49,1% случаев наблюдения в основной и 62,3% в контрольных группах. Твёрдая пища присутствует в рационе 82,1% детей, рождённых после ЭКО, и 76,2% детей группы контроля. Значения уровня гигиены полости рта, оцениваемого по индексу Федорова-Володкиной, были сопоставимы в двух группах обследуемых детей. Так, значения, соответствующие хорошей гигиене, отмечали у 13,2% детей основной и 13,9% контрольной групп, удовлетворительной – у 75,5% и 72,3% соответственно, остальные дети имели значения гигиенического индекса, демонстрирующие неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. Вредные привычки орофациального характера в виде длительного пользования пустышкой, прикусывания губ, щеки, сосания пальцев, предметов и текстиля отмечали значительно чаще среди детей, рождённых посредством вспомогательной репродукции (28,3%), относительно детей контрольной группы (10,0%, $p=0,0003$).

Зубочелюстные аномалии и деформации, определяемые при стоматологическом обследовании, дифференцировали на аномалии и деформации зубов, зубных рядов, окклюзии и сочетанные. У всех обследуемых отмечали нормальное количество прорезавшихся зубов. У двух (1,9%) детей, рождённых посредством вспомогательных репродуктивных технологий, наблюдали аномалии формы зубов, которые были представлены макродонтомцентрального и бокового резцов нижней челюсти с вертикальной бороздой различной степени выраженности. Оба ребёнка с представленной аномалией были рождены в парах гетерозиготной двойни, а у их матерей во время беременности диагностировали гестоз.

Аномалии положения отдельных зубов (преимущественно тортопозиции резцов) регистрировали у 7 (6,6%) детей основной группы и 8 (6,2%) детей контрольной группы. В возрасте обследуемых от 1 года до 4 лет наблюдали точечные контакты между зубами, что считали нормальным положением зубов для этого возрастного периода времен-

ного прикуса. Исключением являлись дети, имеющие диастемы (16,0% в основной и 6,2% в контрольной группах, $p=0,0079$). Выявлены положительные корреляции между признаком диастемы и количеством стигм дизэмбриогенеза ($r=0,50$). Среди обследуемых 5 лет тремы, как признак нормального течения периода редукции временного прикуса, отмечали у 68,4% детей основной группы и 76,7% – контрольной ($p=0,2622$).

Изолированные аномалии и деформации зубных рядов в виде изменения их нормальной формы и размеров не были выявлены при стоматологическом обследовании детей. Сочетание их с аномалиями зубов и окклюзии отмечены у 4 детей, двое из которых рождены от многоплодной индуцированной беременности.

Аномалии окклюзии зарегистрированы у 6 (5,7%) детей основной группы и 6 (4,6%) – контрольной. Они были представлены в единичных случаях перекрёстной окклюзией и вертикальной резцовой дизокклюзией, и значительно чаще – глубокими резцовыми окклюзией и дизокклюзией. Изолированный характер указанной патологии отмечали в 50,0% случаев наблюдения, в остальном регистрировали сочетания с аномалиями и деформациями отдельных зубов (8,3%), зубных рядов (16,7%) или их комбинации (25,0%).

Заключение. На основании выше изложенного можно заключить, что в группе детей, рождённых в результате реализации программы вспомогательной репродукции, отмечены особенности стоматологического статуса. Таковыми являются позднее прорезывание временных зубов, сопровождающееся общесоматическими и поведенческими реакциями, сравнительно частое диссоциативное формирование временного прикуса у близнецов и аномалии прикрепления мягких тканей в полости рта. Кроме того, вредные привычки орофациального характера, как вероятный фактор формирования деформаций зубочелюстного аппарата, регистрировали в 3 раза чаще среди детей, рождённых в результате индуцированной беременности. В 2,5 раза чаще определяли у данного контингента детей и наличие диастемы.

Литература

1. Галонский В. Г. Обоснование сроков профилактического зубного протезирования при преждевременном удалении временных зубов / В. Г. Галонский, А. И. Волынкина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. – № 2. – С. 35–39.
2. Исупова О. Г. Бесплодие и репродуктивные технологии в России: особенности развития и потенциальные возможности влияния на население // Рождаемость и планирование семьи в России: История и перспективы. сб. статей / под ред. И. А. Троицкой, А. А. Авдеева. – М., 2011. – Демографические исследования, вып. 18. – С. 152–173.
3. Исходы беременности и состояние здоровья детей, рождённых после применения вспомогательных репродуктивных технологий / Л. С. Эверт, В. Г. Галонский, Е. А. Теппер [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 65–69.
4. Кил-Нильсен Р. Факторы роста для ЭКО: новый подход к ведению пациенток с анамнезом спонтанных выкидышей / Р. Кил-Нильсен // Материалы XXI международной конференции Российской Ассоциации Репродукции Человека «Репродуктивные технологии сегодня и завтра». – СПб., 2011. – С. 140–141.
5. Кисельникова Л. П. О дифференциальной диагностике различных форм пороков развития твёрдых тканей зубов / Л. П. Кисельникова, Т. А. Рзаева, О. С. Ковылина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2010. – № 2. – С. 18–21.
6. Клинико-анамнестические параллели аномалий окклюзии у детей с дисплазией соединительной ткани / Е. С. Паничева, В. В. Алямовский, Е. И. Прахин [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 2. – С. 76–79.
7. Кочетова М. С. Влияние ортодонтической патологии на формирование сменного прикуса / М. С. Кочетова, Д. Е. Суетенков // Саратовский научно-ме-

- дицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 303–304.
8. Кузнецова В. С. Особенности адаптации в раннем неонатальном периоде новорожденных детей, рождённых у женщин с бесплодием в анамнезе после циклов экстракорпорального оплодотворения / В. С. Кузнецова, И. Н. Логинова, Н. Н. Коротких // Журнал теоретической и практической медицины. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 59–62.
 9. Культивирование ооцитов и эмбрионов в среде с добавлением олигонуклеотидов / Е. Е. Захарова, В. В. Заева, С. Ю. Залетов [и др.] // Тезисы XVI международной конференции РАРЧ «Вспомогательные репродуктивные технологии сегодня и завтра». – Ростов н/Д, 2007. – С. 148–149.
 10. Региональные особенности сроков прорезывания временных зубов у детей на территории Красноярска в современных условиях (часть I) / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, Н. В. Тарасова [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 165–169.
 11. Рищук С. В. Состояние здоровья детей и особенности течения беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий / С. В. Рищук, В. Е. Мирский // TERRAMEDICANOVA. – 2010. – № 1. – С. 34–37.
 12. Чайка В. К. Состояние здоровья детей, рождённых после применения вспомогательных репродуктивных технологий / В. К. Чайка, Ю. А. Батман, И. Т. Говоруха // Здоровье ребёнка. – 2011. – № 1. – С. 109–114.
 13. Щербакова Л. Н. Синдром гиперстимуляции яичников в программе экстракорпорального оплодотворения / Л. Н. Щербакова, О. Б. Панина, Е. Г. Лебедева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – № 1. – С. 29–34.
 14. Incidence of monozygotic twinning with blastocyst transfer compared to cleavage-stage transfer / A. A. Milki, S. H. Jun, M. D. Hinckley [et al.]

- // Fertil. Steril. – 2003. – Vol. 79, № 3. – P. 503–506.
15. Hyrapetian M. Health and disease in children born after assistive reproductive therapies (ART) / M. Hyrapetian, E. M. Loucaides, A. G. Sutcliffe // J. Reproduct. Immunol. – 2014. – Vol. 106. – P. 21–26.
 16. Hospital care utilization of infants born after IVF / A. Ericson, K. G. Nygren, P. O. Olausson [et al.] // Hum. Reprod. – 2002. – Vol. 17, № 4. – P. 929–932.
 17. Health outcomes in children born after IVF/ICSI: a review of current expert opinion and literature / B. C. Fauser, P. Devroey, K. Diedrich [et al.] // Reprod. BioMed. Online. – 2014. – Vol. 28, № 2. – P. 162–182.
 18. Follow-up of children born after ICSI with epididymal spermatozoa / G. H. Woldringh, M. Horvers, A. J. Janssen // Hum. Reprod. – 2011. – Vol. 26, № 7. – P. 1759–1767.
 19. Amino acids promote human blastocyst development in vitro / F. Devreker, K. Hardy, M. Van den Bergh [et al.] // Hum. Reprod. – 2001. – Vol. 16, № 4. – P. 749–756.

Гайдарова Т.А., Лифляндер-Пачерских А.А.
АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ
БОЛЬНЫХ БРУКСИЗМОМ

ФГБОУ «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Введение. В современной психологии актуальным является многофакторное исследование психической адаптации. Особое внимание уделяется факторам риска, которые при длительном действии и низком уровне защитно-приспособительных механизмов могут привести к различным нарушениям нервно-психического и соматического здоровья [1, 2, 11].

Многие авторы рассматривают бруксизм как следствие хронического психоэмоционального перенапряжения и дистрессов. В патологии зубочелюстного аппарата наиболее распространены — кариес, пародонтит и бруксизм. Психологическая диагностика пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава показывает когнитивные, эмоциональные и общие поведенческие эффекты сильного стресса, сопровождающиеся «мышечным замком» жевательных мышц [5].

Цель исследования. Изучить системные нарушения психической адаптации у больных бруксизмом.

Материал и методы. Психологическому тестированию подвергались 22 больных бруксизмом в возрасте от 18 до 26 лет, из них 16 женщин и 6 мужчин.

Методологической основой проводимого исследования являются теоретические положения в области изучения невротических состояний З. Фрейда, В.М. Бехтерева, В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвасарского и др. В русле данного методологического подхода был сформирован комплекс психодиагностических методик, включающий:

- опросник депрессивных состояний;
- исследование уровня субъективного контроля личности (УСК);
- исследование уровня социальной фрустрированности (УСФ);
- исследование уровня и специфики психической ре-

гидности Г.В. Залевского [7];

- тест Люшера для выявления стресса по формуле Н.А. Аминова [3].

На наш взгляд, этот комплекс психодиагностических методик играет наиболее существенную роль в определении механизма приспособительного поведения и дестабилизации личностно-средового взаимодействия.

Результаты исследования. Исследование депрессивных компонентов психической дезадаптации определило, что уровень депрессивной симптоматики не имеет статистически достоверных отличий от нормы теста (составили $7,6 \pm 2,1$ балла при допустимом диапазоне нормы от — 10 до + 10).

Однако обследование пациентов по методике Ч. Спилберга установило высокий уровень личностной и ситуативной тревожности — $46,8 \pm 4,5$ и $48,9 \pm 4,5$ балла, что можно рассматривать как проявление стресс-реакций ситуационного социально-фрустрирующего генеза, характерных для психосоматических расстройств.

В теоретической модели психической адаптации центральное место занимают факторы тревоги и тревожности, которые можно рассматривать как пусковой механизм психической и психосоматической адаптации [6]. Отсутствие отчетливой депрессивной симптоматики на фоне высокого уровня тревожности, по Ч. Спилбергу, свидетельствует о неотрагированной тревожной напряженности при активном стереотипе поведения, что может создавать внутриличностный конфликт, который катексирует витальные энергозатраты в ущерб соматическому здоровью.

В психической модели дезадаптации основное место занимает феномен психической ригидности, которая рассматривается в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах реагирования. Статистический анализ показал лишь тенденцию к положительной взаимосвязи показателей тревожности и ригидности, можно предположить, что эти личностные особенности комплементарно участвуют в действии механизмов дезадаптации.

Среди психологических характеристик, отражающих особенности личностно-средового взаимодействия, особое значение имеют показатели уровня субъективного контроля личности [4]. Результаты исследования пациентов с бруксизмом указывают на преобладание экстернального уровня контроля личности, низкий уровень контроля за своим поведением, тенденции приписывать причины большинства жизненных событий внешним силам, а не самому себе, особенно в бытовой сфере. Можно предположить, что экстернальность связана с невротизацией личности, проявляющейся в неосознанном выборе неконструктивных способах способов компенсации с усилением патологических защитных механизмов. Благоприятным с точки зрения психогигиенических мероприятий является проявление интернальности в сфере здоровья обследуемых, что рассматривается как склонность к внутренней ответственности.

Психолого-социальный аспект исследования факторов риска, кроме показателей уровня субъективного контроля личности, проводился методикой «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ), которая позволяет получить необходимую информацию об испытуемом. В основе методики лежит дифференцированная оценка уровня удовлетворенности — неудовлетворенности по 5 субшкалам: взаимоотношения с родными и близкими, с ближайшим социальным окружением, социальный статус, социально-экономическое положение, здоровье и работоспособность.

Результаты исследования также показали, что итоговые индексы неудовлетворенности имеют среднее значение, однако индекс неудовлетворенности социальными условиями (материальные, жилищно-бытовые условия, профессия в целом) гораздо выше среднего уровня — $3,76 \pm 0,41$. В публикациях, посвященных изучению генеза психической дезадаптации, указано, что показатели УСФ достоверно выше у лиц с отношениями с родными и близкими, с ближайшим социальным окружением, социальный статус, социально-экономическое положение, здоровье и работоспособность.

Исследования показали, что итоговые индексы неудовлетворенности имеют среднее значение, однако индекс

неудовлетворенности социальными условиями (материальные, жилищно-бытовые условия, профессия в целом) гораздо выше среднего уровня — $3,76 \pm 0,41$. В публикациях, посвященных изучению генеза психической дезадаптации, указано, что показатели УСФ достоверно выше у лиц с невротическими расстройствами [8].

Важное место в диагностике характера нарушений психики у лиц с хроническим психоэмоциональным напряжением и посттравматическими стрессовыми расстройствами при бруксизме могут занять исследования с помощью теста Люшера. Тест позволяет выявить состояние повышенной тревожности, снижение работоспособности, преобладание симпатикотонии.

Результаты тестирования по методу цветowych выборов анализировались по формуле, предложенной и проверенной Н.А. Аминовым:

Стресс = Личностная тревожность + Ситуационная тревожность = $8Dx + 6,8x + 6x$, если позиции 1, 2, 3 занимают цвета 6, 7, 0, в противном случае $x=0$. $CT = 6y + 6,8y + 6y$, где: $y = 1$, если позиция 6, 7, 8 занимают цвета 1, 2, 3, 4, в противном случае $x = 0$.

Анализ психологического обследования больных бруксизмом показывает, что в 72,8 % случаев от общего числа обследованных цвета 5 и 1 находились на первых двух позициях, а на третьей, ведущей позиции, в 27,2% случаев присутствовал цвет 6. Такое распределение цветов свидетельствует о том, что 100% обследуемых находятся в состоянии стресса, которое имеет разную выраженность. Выход на 1 и 2 позиции цвета 5 свидетельствует о том, что у 79,2% испытуемых неустойчивая созерцательная позиция, трудности в социальной адаптации, эмоциональность и субъективность превалирует над рассудочностью. Для них свойственна тонкая нюансированность чувств, своеобразие интересов, суждений, присутствует тенденция избегания житейских трудностей и повседневных забот «бегством» в мир внутренних переживаний, мечты и фантазии.

У 59,4% обследованных на 1 и 2 позициях присутствует цвет 1 (синий). Этому цвету (-f 1) на первой позиции со-

ответствует аффилиативная потребность, т.е. зависимость, крайняя чувствительность к средовым воздействиям, тенденция к укреплению своей позиции за счет привязанности и защиты другого лица, что характеризуется как состояние повышенной тревожности. Инертность реакций и глубина переживаний формируют конформность установок, страх перед трудностями, нерешительность в принятии решений, пассивность в отношении актуальных проблем. Данная группа обследуемых соответствует слабому типу высшей нервной деятельности.

Выход на 1 позицию цвета 0 (серого) у 19,8% обследуемых свидетельствует о пассивности, уходе от социальных контактов, ограничении сферы общения, опустошенности, усталости. У 70% желтый цвет оказывается на одной из последних позиций. Этот признак настораживает, т.к. он является предвестником дезадаптации и характеризует состояние выраженного стресса, независимо от того, чем этот стресс вызван.

Особое внимание привлекает 27,2% обследуемых, у которых на первой позиции находится смешанный цвет 5 (фиолетовый). Присутствие на первых позициях смешанных, дополнительных цветов является критерием выраженной эмоциональной напряженности. Устойчивое наличие фиолетового цвета на первых позициях свойственно дисгармоничным личностям, с хроническими трудностями адаптации, сниженным контролем над эмоциональной сферой. Дезадаптация может быть связана со сверхсильными стрессорирующими обстоятельствами. Присутствие иррационального аспекта цвета 5 усугубляет дезинтеграцию и эмоциональную незрелость. Сочетание цветов 5 и 0 говорит об оторванности, иррациональности, субъективизме, гипостеническом типе реагирования, иррациональном способе защиты от стресса — «бегстве» в мир внутренних переживаний. У данной группы обследуемых присутствует устойчивая тенденция к канализации психологических проблем в психосоматическое состояние.

У 72,8 % обследуемых стрессовое состояние проявляется в декомпенсации личности, повышенной тревожности,

эксальтированности, неспособности удовлетворять свои настоящие потребности в общении, независимости и т. д. У них наблюдается чаще всего смешанный тип реагирования, выраженная эмоциональная неустойчивость, противоречивая позиция, активно-пассивная, связанная с противодействием разнонаправленных позиций, от грусти до экзальтации, выраженная зависимость от ситуации успеха — не успеха. Мы констатируем, что у данной группы обследуемых достаточно тяжелый психосоматический прогноз. Незрелость и противоречивость эмоциональной сферы, иррациональные тенденции в защитной стратегии борьбы со стрессом, пассивно-созерцательная позиция больных бруксизмом неизбежно приводят их к серьезным нарушениям соматического здоровья. Они эмоционально субъективны. Проблемы в общении, ранимость и чувствительность способствуют развитию у больных бруксизмом неадекватной психологической защиты «уход» как основного средства защиты с проблемами и конфликтами, не конструктивность которой приводит к перманентно высокой личностной тревожности. Уровень тревожности, рассчитанный по формуле Н.А. Аминова, варьирует в высоких пределах 6 — 10 баллов.

Заключение. Таким образом, данные, полученные при клинико-психологическом изучении личностных особенностей пациентов, страдающих бруксизмом, позволяют сформировать определенные представления о системных механизмах нарушений психической адаптации. Тестовые психодиагностические методики, используемые в данной работе (методики выявления депрессии, тревожности, психической ригидности, уровня субъективного контроля личности, тест цветовых выборок Люшера), могут рассматриваться как блок психологического инструментария. Результаты исследования факторов риска психической дезадаптации при бруксизме показывают возможность аналогичных исследований на других клинических моделях и репрезентативных выборках.

Литература

1. Абрамова Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. — М., 1998.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. — М., 2005.
3. Аминов Н.А. Экспресс-диагностика стрессовых состояний (страх-гнев) и форма межличностных конфликтов / Н.А. Аминов, И.С. Аверна // Диагностика и регуляция эмоциональных состояний. М., 1990. - Ч. 1.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. — А., 2002.
5. Булычева Е.А. Психологическая диагностика пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава с помощью личностного опросника Бехтеревского института // Сб. тез. научн. раб. — М., 1999.
6. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1995. — № 2.
7. Залевский Г.В. Дифференциально-диагностическая оценка психической регидности при основных нервно-психических заболеваниях. — Томск, 1947.
8. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. — Л., 1982.
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М., 2002.
10. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. — СПб. 2005.
11. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — А., 1980.
12. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. — М., 1992.
13. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни // Психология бессознательного. — М., 2002.

Гайдарова Т.А, Лифляндер-Пачерских А.А.
ЗАКОНОМЕРНОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ
БРУКСИЗМОМ

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Введение. Лечение заболеваний пародонта в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем стоматологии. Существует несколько теорий происхождения данной патологии. По мнению многих исследователей, причиной пародонтита, стоящей на одном из первых мест, является бруксизм [8, 11, 12, 14]. Существуют различные мнения о влиянии бруксизма на развитие травматической окклюзии. Так, некоторые исследователи [3, 7, 11, 14] считают, что повреждение тканей пародонта может быть результатом действия окклюзионных сил, превышающих репаративно-адаптационные возможности аппарата клинического прикрепления. Однако, диагноз окклюзионной травмы выставляется в тех случаях, когда появляются клинические признаки в виде патологической подвижности зуба, изменения положения зуба в зубном ряду, боли в зубе, дискомфорта при жевании или перкуссии и рентгенологические изменения: расширение периодонтальной щели, разрушение компактной пластинки кости, прозрачность в области бифуркации и верхушки корня витального зуба или наличия резорбции корня. Окклюзионная травма, вызываемая чрезмерными жевательными нагрузками на здоровый пародонт называется первичной окклюзионной. Первичная травматическая окклюзия является обратимым процессом. При заживлении травмирующего участка остаётся расширенная периодонтальная щель. Следует отметить, что травматическая окклюзия не вызывает апикальной миграции эпителиального прикрепления или развития патологических зубодесневых карманов. При первичном травматическом синдроме дистрофия пародонта определяется лишь в зоне функциональной перегрузки, а при системных заболеваниях носит системный характер [1].

Травматическая окклюзия развивается в результате нефункциональных преждевременных контактов в положении центральной окклюзии или центрального соотношения бугорковых препятствий при рабочем и нерабочем движениях нижней челюсти и при выдвигении её вперед [7].

Травматическая окклюзия при заболеваниях пародонта является одним из симптомов заболевания и основной мишенью ортопедической терапии. Функциональная перегрузка пародонта возможна и при частичной потере зубов, аномалиях прикуса, ортодонтическом лечении, нерациональном протезировании. Развившийся при этих поражениях первичный травматический синдром, будучи иной этиологии, клинически имеет сходство с пародонтозом и меньше с пародонтитом. Из этого вытекает важность диагностики первичных травматических синдромов, так как тактика лечения при них различна [1]. По мнению некоторых авторов [17, 18], в пользу первичной травматической окклюзии свидетельствует наличие бруксизма. Так, клинические наблюдения [2] показали, что важным этиологическим фактором деструкции пародонта являются выраженные и длительные парафункции жевательных мышц. Модель экспериментального бруксизма на мини-свиньях путём создания суперконтактов в пределах 4–6 мм и перегрузки на периодонт нижних резцов показала, что начиная с 6-х суток отмечались развитие гингивита, формирование карманов, рентгенологически определялась резорбция гребня костной ткани. Через 2 месяца указанные патологические изменения приобретали выраженный характер. В основе указанных изменений, по мнению исследователей, лежит развитие в краевом пародонте воспалительного процесса с разрушением эпителиального прикрепления и образованием карманов, воспалительной инфильтрации и грануляционной ткани. В костной стенке зубной альвеолы, в цементе и дентине зуба исследователи отмечали явления резорбции. Из вышеизложенного очевидно, что до настоящего времени не решены многие вопросы причинно-следственных отношений между такими факторами, как заболевания пародонта, вызванные бруксизмом, окклюзионная дисгармония и нарушение функции жевательных мышц.

Цель исследования. Изучить закономерности структурно-функцио изменений тканей пародонта у больных бруксизмом.

Материалы и методы исследования. Для изучения жевательного давления, развиваемого в момент «ночного скрежетания», мы обследовали 74 человека (от 14 до 60 лет), страдающих бруксизмом, из них у 14 обследуемых была диагностирована латентная стадия, 17 пациентов имели лёгкую степень тяжести заболевания, 27 – среднюю степень тяжести бруксизма и 16 – тяжелую. Группу клинического сравнения составили 15 практически здоровых людей в возрасте от 20 до 25 лет, не имеющих клинических признаков заболеваний пародонта и бруксизма. Для измерения усилия, развиваемого жевательными мышцами, мы использовали способ, предложенный Т.А. Гайдаровой (2003). Датчик состоит из колпачка и коронки, изготовленных по конкретному зубу так, что колпачок повторяет форму поверхности зуба, а коронка – форму колпачка. Между коронками в наиболее плоской части располагаются измерительные шарики в количестве 3–15 штук. Количество шариков определяется их диаметром, пластичностью материала, из которого они сделаны, и максимальным ожидаемым усилием сжатия. Свободное пространство между коронками заполняется силиконовой композицией, которая фиксирует шарики и скрепляет коронки между собой. Измерительные шарики были изготовлены из пищевого припоя диаметром 1 мм. Шарики такого диаметра имеют большую кривизну, чем сдавливающие их поверхности коронок в местах контакта. Поэтому можно считать, что шарики деформируются, сдавливаемые плоскими поверхностями. На поверхности шариков в результате пластической деформации остаются круглые плоские отпечатки. Суммарная площадь отпечатков на шариках позволяет судить о сдавливающей силе. Для получения возможности измерения значения силы делалась серия модельных датчиков с одинаковым заданным количеством шариков. Датчики сдавливались на эталонном прессе с разной силой, затем на измерительном микроскопе определялась площадь отпечатков. Результат такого сдавливания для мак-

симального в наших экспериментах усилия – 45 г (на 9 шариках). По результатам строился градуировочный график зависимости суммарной площади отпечатков (или диаметра отпечатков) от деформирующей силы. По горизонтальной оси отложена величина деформирующего усилия в граммах, по вертикальной – суммарная площадь следов у всех шариков с двух сторон в квадратных миллиметрах. Известно, что кортикальный слой альвеолярной лунки способствует распределению жевательной нагрузки от зуба на ткани пародонта, следовательно, его суммарная площадь определяет предельную повреждающую величину приводящего к патологическим изменениям в тканях пародонта, мы использовали отношение силы, действующей на зуб (г), к опорной площади луки зуба (см²), с учётом степени тяжести заболевания.

Результаты исследования. По результатам наших исследований жевательное давление, развиваемое мышцами в момент приступа «ночного скрежетания», при различных степенях тяжести заболевания отличается незначительно.

Таблица
Результаты гнатодинамометрического исследования в области 41 зуба (г) в контрольной группе и у больных бруксизмом в момент приступа «ночного скрежетания», в зависимости от степени тяжести заболевания (M ± m)

Группа	Показатели гнатодинамометрии, г	Опорная площадь корня 41 зуба (по Бусьгину, 1962), см ²	Распределение нагрузки в области 41 зуба, г/см ²
Контрольная	13,52 ± 1,19	1,69	8,0 ± 1,2
Больных бруксизмом в латентной стадии	22,0 ± 1,8**	1,69	13 ± 1,0**

Стадии манифестации

легкой степени	22,5 ± 1,2***	1,183	19 ± 1,3***
средней степени	22,8 ± 1,5***	0,845	27 ± 1,9***
тяжелой степени	23,8 ± 1,1***	0,507	47 ± 2,1 ***

Примечание: * – p < 0,05 в сравнении с контрольной группой;
 ** – p < 0,01 в сравнении с контрольной группой;
 *** – p < 0,001 в сравнении с контрольной группой.

Из таблицы видно, что в контрольной группе обследуемых на ткани пародонта в области 41 зуба падает давление равное $13,52 \pm 1,19$ г, при площади опоры компактного вещества альвеолярной лунки составляет 1,69 см. Следовательно, на один квадратный сантиметр будет оказываться воздействие равное $8,0 \pm 1,2$ г/см. В связи с тем, что первые признаки заболевания бруксизмом – приступы «ночного скрежетания», по данным исследователей (Гайдарова Т.А., 2003), появляются после первого года жизни, а наиболее ярко могут проявляться в возрасте от 7–8 до 18–20 лет, когда ещё отсутствуют патологические изменения со стороны тканей пародонта, мы сочли необходимым провести гнатодинамометрическое исследование у больных бруксизмом не только в стадии манифестации, но и в латентной стадии. По нашим данным в латентной стадии заболевания на ткани пародонта в области 41 зуба при площади компактной выстилки альвеолярной лунки, равной так же, как и в контрольной группе обследуемых, 1,69 см², на один квадратный сантиметр тканей пародонта падает давление равное $13,0 \pm 1,0$ г/см. Лёгкая степень тяжести бруксизма характеризуется тем, что на единицу площади компактной кости альвеолярной лунки оказывается воздействие до $19,0 \pm 1,3$ г/см², что на 38,5% больше, чем в контрольной группе обследуемых, на 58,0% больше, чем в латентной стадии бруксизма. По мнению Д.А. Калвелис [8], И.И. Ужумецкене [15], под действием жевательного давления в тканях пародонта могут наступать изменения, аналогичные процессам при ортодонтических вмешательствах. Согласно результатам исследований, применение слабых (малых) ортодонтических сил, до 20 г/см, оказывает стимулирующее действие на костеобразовательный процесс и способствует уменьшению степени патологической подвижности. Анализ рентгенограмм также позволил исследователям сделать вывод о том, что лечение с применением малых сил не усугубляет дистрофических процессов. Так как нагрузка во время приступов «ночного скрежетания» является прерывистой, то паузы покоя позволяют процессам нарастания тканей превалировать над процессами рассасывания. Данные гнатодинамометрических

исследований показали, что при средней степени тяжести бруксизма сила давления на единицу площади компактной кости повышается и составляет $27,0 \pm 1,9$ г/см. Воздействие такой величины характеризуется как средняя «ортодонтическая» сила, превышающая капиллярное давление.

Установлено, что применение такой силы вызывает анемию, застой крови, боль [17]. Результаты гнатодинамометрического исследования показали, что при тяжёлой степени заболевания сила воздействия в момент приступа «ночного скрежетания» у данной категории больных возрастает до $47,0 \pm 1,9$ г/см² и характеризуется как большая «ортодонтическая», которая приводит к разрушению кортикальной кости, патологической подвижности и воспалению краевого пародонта.

Заключение. Таким образом, результаты гнатодинамометрического исследования больных бруксизмом показали, что величина нагрузки на кортикальный слой альвеолярной лунки в момент приступов «ночного скрежетания» при лёгкой и тяжёлой степени заболевания отличается незначительно и характеризуется как прерывистая малая и средняя «ортодонтическая» сила, которая при уменьшении площади кортикального слоя альвеолярной лунки перерастает разряд большой, что приводит к воспалительно-деструктивному процессу в тканях пародонт

Литература

1. Белоусов Н.Н., Буланов В.И. Проблемы обследования и диагностики при заболеваниях пародонта // Стоматология. – 2004. – № 2. – С. 19–20.
2. Величко Л.С., Полонейчик Н.М., Крушевский А.Е. Определение остаточной мощности пародонта с учётом угла наклона зубов // Стоматология. – 1985. – № 4. – С. 20–21.
3. Гаврилов Е.И., Пантелеев В.Д. Клинические формы парафункций жевательных мышц // Стоматология. – 1987. – № 4. – С. 40–43.
4. Гаврилов Е.И., Пантелеев В.Д. Особенности ортопедической помощи больным с парафункциями жевательных мышц // Стоматология. – 1990. – № 5 – С. 80–81.

5. Гайдарова Т.А. Механизмы формирования и патогенетические принципы лечения бруксизма: Дис. ... д-ра мед. наук. – Иркутск, 2003. – С. 213.
6. Гайдарова Т.А. Способ и устройство для измерения максимального усилия сжатия зубов / Патент на изобретение № 2231995 от 10.07.2004 г.
7. Гросс М.Д., Мэтью Дж.Д. Нормализация окклюзии / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1986. – 287 с.
8. Жулев Е.Н. Этиология, клиника и лечение бруксизма // Стоматология. – 1976. – № 4. – С. 95–98.
9. Жулёв Е.Н. Первичная функциональная перегрузка пародонта при частичной потере зубов (клиника, диагностика, лечение): дис. ... канд. мед. наук. – Калинин, 1971. – 223 с.
10. Калвелис Д.А. Биоморфологические основы ортодонтического лечения. – Ортодонтия. – Л.: Медицина. – 1964. – С. 238.
11. Калинина Н.В., Сакира М.В. Роль бруксизма в возникновении пародонтита и возможность ортопедического лечения // Пародонтоз. – М., 1966. – С. 322–326.
12. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. – М., 2004. – 432 с.
13. Пантелеев В.Д. Особенности протезирования дефектов зубных рядов у лиц с парафункциями жевательных мышц: дис. ... д-ра мед. наук. – Краснодар, 1982. – 459 с.
14. Перова М.Д. Ткани пародонта: норма, патология, пути восстановления. – М.: Триада, Лтд., 2005. – 312 с.
15. Ужумецкене И.И. Ортодонтическое лечение взрослых перед протезированием. – М., 1965. – 138 с.
16. Шварц А.Д. Биомеханика и окклюзия зубов. – М.: Медицина, 1994. – 208 с.
17. Ramjjord S.P. Bruxism, a clinical and electromiographic study // J. Am. Den. Ass. – 1961. – Vol. 62, N 1. – P. 21–44.
18. Ramljord S.P., Ash M.N. Significance of occlusion in the etiology and treatment of earli, moderate and advanced periodontitis // J. Periodontol. – 1981. – Vol. 52, № 29. – P. 511.

Гайдарова Т.А., Лифляндер-Пачерских А.А.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ
С ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗУБОВ

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Введение. Результаты эпидемиологического обследования в Российской Федерации свидетельствуют о том, что данной патологией страдает около 30–57,0% взрослого населения с приростом в возрастных группах 40–49 лет (84,2%) и у больных с воспалительными заболеваниями пародонта (60,0–98,0%). Проблема гиперчувствительности требует особого внимания, поскольку создаёт местный дискомфорт и снижает качество жизни пациента. Многочисленными исследованиями установлено, что гиперестезия зубов является серьёзной проблемой не только медицинской, но и социальной. Наличие гиперестезии дентина затрудняет гигиену полости, что приводит к отказу пациентов от неё, а впоследствии образуется порочный круг: низкая гигиена – воспаление – рецессия – гиперестезия. Таким образом, для пациентов с гиперчувствительностью зубов крайне важным является рациональный подбор средств гигиены, обеспечивающих ощущение комфорта при уходе за полостью рта и эффективно снижающих болезненную реакцию на различные виды раздражителей. Эффективный, простой и доступный метод профилактики и лечения повышенной чувствительности зубов – это правильно организованная индивидуальная гигиена полости рта. Особенно важен выбор лечебно-профилактической зубной пасты как одного из основных средств гигиены полости рта. Зубная паста как сложносоставная система сформирована рядом различных компонентов: воды, абразива, органических активных веществ (увлажнители, пенообразователи, консерванты, вкусовые наполнители, лечебно-профилактические элементы и т.д.). Соотношение этих компонентов определяет свойства, назначение, механизм действия и эффективность зубной пасты. Зубная паста «SENSODYNE® Восстановление и Защита» способствует минерализации и запечатыванию дентина за счёт образования слоя фторсодержащего веще-

ства, подобного гидроксиапатиту, на поверхности и внутри обнажённых дентинных канальцев. Впервые в этой фторсодержащей зубной пасте применена уникальная технология NovaMin (сочетание 5% натриевого фосфосиликата кальция и 1450 ppm монофторфосфата натрия), обеспечивающая синергизм в реминерализации зубов. NovaMin является аморфным веществом, состоящим исключительно из элементов, входящих в состав здоровых зубов и костей человека – кремний, кальций, натрий, фосфор и кислород.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности использования зубной пасты «SENSODYNE® Восстановление и Защита» для снижения гиперчувствительности дентина.

Материалы и методы. Оценка стоматологического статуса, распространённости и интенсивности чувствительности дентина и эффективности лечения при использовании зубной пасты «SENSODYNE® Восстановление и Защита» проведена у 55 пациентов в возрасте от 21 до 34 лет, которые не имели хронических соматических заболеваний и вредных привычек. Для определения интенсивности болевой реакции использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ или Visual Analog Scale, VAS) и цифровую рейтинговую шкалу (Numerical Rating Scale, NRS), которые в равной степени чувствительны для определения боли. Для характеристики интенсивности боли также использовали четырёхзначную категориальную вербальную шкалу (Verbal Rating Scale, VRS). Гиперчувствительность дентина – внезапная кратковременная боль в области обнажённого дентина зуба, не связанная с какой-либо явной патологией зубов. Как правило, возникновение боли вызвано раздражителями термической природы (холод), тактильными (прикосновение зубной щёткой или стоматологическим зондом), осмотическими (сладкое, кислое) раздражителями, эффектом испарения (движение воздуха). Возможно поражение данным состоянием любого зуба, хотя чаще других страдают анатомические группы клыков и премоляров. Критерии включения в исследование: наличие локализованной формы гиперестезии твёрдых тканей зубов; возраст пациента 21–34 лет;

наличие добровольного информированного согласия пациентов; наличие не менее 26 постоянных зубов. Критерии исключения: отказ от участия в исследовании на любом из его этапов; наличие хронических соматических заболеваний, наркотической или токсической, в том числе алкогольной, зависимости. В исследовании принимали участие 55 пациентов (27 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 21 до 34 лет с установленной гиперчувствительностью дентина. Оценка клинических данных была проведена на основании опроса больного, клинического осмотра и изучения комплекса объективных показателей: гигиенического индекса (Green G., Vermillion G., 1960) термометрии, рецессии десны (Miller P.D., 1985), электроодонтометрии зубов (Мороз Б.Т. с соавт., 1989). Для оценки интенсивности болевой реакции использовали визуальную аналоговую шкалу (Visual Analog Scale, VAS) и цифровую рейтинговую шкалу (Numerical Rating Scale, NRS), которые в равной степени чувствительны для определения боли. Для характеристики интенсивности боли также использовали четырёхзначную категориальную вербальную шкалу (Verbal Rating Scale, VRS), критерии оценки: отсутствие боли, умеренная, слабая и интенсивная боль. Все эти три шкалы предназначены для определения субъективного ощущения пациентом боли в момент исследования. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли – «боли нет». Конечная точка на шкале отражает мучительную невыносимую боль – «нестерпимая боль». Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей. Расстояние между началом линии («нет болей») и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на визуальной аналоговой шкале соответствует 1 баллу. Как правило, все пациенты легко усваивают визуальную аналоговую шкалу и правильно пользуются ею.

Для объективной оценки состояния чувствительности твёрдых тканей зубов использовали индекс интенсивности

гиперестезии зубов (ИИГЗ). Индекс рассчитывали в баллах: 1 балл – наличие чувствительности к температурным раздражителям, 2 балла – чувствительность к температурным и химическим раздражителям, 3 балла – наличие чувствительности к температурным, химическим и механическим раздражителям. Оценку распространённости патологического состояния проводили с помощью индекса распространённости гиперестезии зубов (ИРГЗ). Интенсивность чувствительности дентина (ИЧД) определяли по субъективным ощущениям пациента при зондировании пародонтальным зондом с силой, равной силе давления на остро заточенный карандаш при письме на бумаге (тактильный раздражитель), и по методике прямой воздушной струи со средней силой давления (температурный раздражитель) – Schiff Air Index. Для оценки уровня болевой реакции применяли цифровую рейтинговую шкалу боли в баллах: 0 – нет боли, 1–3 – слабая болевая реакция, 4–6 – умеренная болевая реакция, 7–10 – сильная болевая реакция. Пациенты использовали только предложенную им зубную пасту для чистки зубов два раза в день (утром и вечером) в течение 1 месяца, зубную щётку со щетиной средней жёсткости и могли придерживаться своих обычных привычек, таких как диета, образ жизни и т.д. Другие формы гигиенического ухода за полостью рта в период исследования не применялись. Участники исследования не имели никаких медицинских противопоказаний. Контрольные осмотры проводились перед началом исследования, после 1-й чистки, через 7 дней, 14 дней, через 1 месяц. На каждом этапе применения зубной пасты регистрировали вышеперечисленные показатели.

Результаты исследования. При первичном обследовании все пациенты предъявляли жалобы на болевую реакцию зубов при действии механических и термических (холод) раздражителей, у всех пациентов в области обследованных резцов, клыков и премоляров (всего 123 зуба) отмечалась рецессия десны I–II степени. Уровень гигиены полости рта у большинства больных был удовлетворительным – $1,69 \pm 0,27$ балла. Отмечено воспаление маргинальной десны, индекс РМА – $25 \pm 1,9\%$. После исходной оценки сто-

матологического статуса всем пациентам была проведена процедура профессиональной чистки зубов. Согласно полученным результатам, у всех пациентов выявлена ограниченная форма гиперестезии: индекс распространённости гиперестезии зубов – 17,3%, второй степени – среднее значение интенсивности чувствительности дентина $1,8 \pm 0,08$ балла. При первичном обследовании 100 % пациентов предъявляли жалобы на болевую реакцию зубов при действии химических, механических и термических (холод, тепло) раздражителей. Из них 27 (49%) пациентов отмечали сильную боль по шкале VRS, у 21 (38%) пациента выявлена умеренная боль, а 7 (13%) респондентов регистрировали слабую боль (табл.1).

Всем пациентам было рекомендовано ежедневно использовать зубную пасту «SENSODYNE® Восстановление и Защита». Даже после однократного использования зубной пасты «SENSODYNE® Восстановление и Защита» многие пациенты ощутили значительное улучшение состояния и зафиксировали снижение интенсивности боли.

На протяжении периода исследования заметно улучшилось гигиеническое состояние полости рта. По истечении недели значения индекса гигиены уменьшились в 1,51 раза и составили $1,12 \pm 0,18$ балла, а через 14 дней – в 1,7 раза ($0,9 \pm 0,07$ балла).

Таблица 1

Оценка интенсивности боли до лечения у пациентов с гиперчувствительностью дентина

Количество пациентов	Качественная оценка боли по VRS	Оценка боли по ВАШ/VAS (в баллах)	Оценка боли (в баллах) по NRS
27	Сильная боль	8	7-9
21	Умеренная боль	5	4-7
7	Слабая боль	2	2-4

Через 1 месяц индекс гигиены был равен $0,68 \pm 0,09$ балла. Значения индекса РМА первоначально были 25%, через 7 дней – 11%, через 14 дней – 6%, что отражает по-

ложительное влияние исследуемой зубной пасты на ткани пародонта. Через сутки после начала лечения хороший и отличный обезболивающий эффект отметил 41 пациент, что составило 74,5%; а удовлетворительное уменьшение боли зарегистрировали 9 (16,3%) пациентов (табл. 2).

Таблица 2

**Оценка интенсивности боли после использования зубной пасты
 «SENSODYNE® Восстановление и Защита» у пациентов
 с гиперчувствительностью дентина**

Сроки наблюдения	Количество пациентов	Качественная оценка боли по VRS	Оценка боли по ВАШ (в баллах)	Оценка боли по NRS (в баллах)
1-й день	5	Сильная боль	7	7-9
	9	Умеренная боль	2	2-4
	41	Слабая боль	1	1
Через 7 дней	55	Нет боли	0	0
Через 14 дней	55	Нет боли	0	0
Через 1 месяц	55	Нет боли	0	0

Исследование показало высокую эффективность применения ЗП: на момент первичного осмотра 100% пациентов указывали на наличие боли, которая сохранялась до 1 минуты (3 балла). После первого применения наблюдали положительную динамику: 75% пациентов отметили снижение болевой реакции до 2 баллов по индексу интенсивности гиперестезии зубов; у 15% – до 1 балла, у 10% сохранилась повышенная чувствительность, равная 3 баллам. На 7-й день клинического наблюдения выявили отсутствие пациентов с гиперестезией в 100 % случаев. Осмотр через 14 дней и через месяц также показал отсутствие боли в 100% наблюдений. Сравнительная клиническая оценка болевой реакции пациентов на раздражители по Schiff Air Index показала, что в течение срока наблюдения болевые ощущения исчезли. Обследуемые отмечали чувствительность зубов на раздражители, как у интактных зубов (табл. 3). Таким обра-

зом, использование зубной пасты «Sensodyne® Восстановление и Защита» уже через 14 дней способствовало значительному улучшению гигиенического состояния полости рта, уменьшению и ликвидации повышенной чувствительности твёрдых тканей зубов и кровоточивости дёсен, что подтверждено положительной динамикой всех исследуемых параметров. Все пациенты положительно оценили органолептические и очищающие свойства данной пасты. На основании клинических методов и применения визуальной, вербальной и цифровой рейтинговых шкал установлено, что эффективность лечения спустя месяц составила 94,2% и 100% соответственно.

Таблица 3
Сравнительная оценка результатов использования зубной пасты «SENSODYNE®» Восстановление и Защита»

Критерии	Сроки исследования		
	через 7 дней	через 14 дней	через 1 месяц
Боль на термические раздражители	2,25	0,5	0,5
Боль на химические раздражители	1,3	0,1	0
Боль на механические раздражители	2,87	0,28	0,05
Schiff Air Index (баллы)	7,8	0,83	0,48

Заключение. На основании результатов клинических методов исследования: визуальной, вербальной и цифровой рейтинговых шкал установлено, что эффективность лечения спустя месяц составила 94,2%. Использование зубной пасты «Sensodyne® Восстановление и Защита» также способствовало значительному улучшению гигиенического состояния полости рта, уменьшению или полному устранению симптомов повышенной чувствительности твёрдых тканей зубов.

Литература

1. Гажва С.И., Шурова Н.Н., Киптилова Т.А., Еремеева Д.А. Использование зубных паст для лечения гиперестезии дентина (обзор) // Современные проблемы науки и

- образования. – 2012. – № 3. – <https://science-education.ru/pdf/2012/3/231.pdf>
2. Зубачик О.В. Изучение некоторых особенностей проявления гиперчувствительности зубов // Медицинские новости. – 2014. – № 11. – С. 94–95.
 3. Леонова Л.Е., Першина Р.Г., Павлова Г.А. Клиническое исследование эффективности применения специализированной зубной пасты при гиперестезии дентина // Проблемы стоматологии. – 2017. – № 1. – С. 70–74.
 4. Михайкина Н.И., Еловицова Т.М. Анализ органолептических свойств новой зубной пасты с восстанавливающим эффектом // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы 1-й Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов. Екатеринбург, 2016 г. – Т. 3. – Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2016. – С. 2395–2399.
 5. Саркисян Е. Н. Сравнительная оценка терапевтической эффективности различных типов лазерного излучения при гиперчувствительности дентина // Современная стоматология. – 2014. – № 2. – С. 83–85.
 6. Шишелова А.Ю., Акулович А.В. Чувствительность зубов: проблема и её решение с точки зрения физиологии // Профилактика сегодня. – 2014. – № 18. – С. 6–14.

**Галонский В.Г., Журавлёва Т.Б., Буянкина Р.Г.,
Тарасова Н.В., Алямовский В.В., Телятников А.Л.,
Бриль Е.А., Ракова И.И., Журавлёва Е.К.
ВЫДАЮЩИЙСЯ НАСТАВНИК И ПЕДАГОГ,
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГ, ДОЦЕНТ
В. Л. ТАРАСЕВИЧ (1949–2017)
(НАША ДОБРАЯ ПАМЯТЬ)**

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск,
Высшая школа экономики. Национальный исследовательский университет,
г. Санкт-Петербург*

У истоков развития челюстно-лицевой хирургии в целом и в частности, специализирующейся на проблематике хирургической патологии данной анатомической локализации в детском и подростковом возрасте, в Красноярском крае стояли энтузиасты, своим личным практическим трудом закладывавшие базовую основу данной специальности, как с позиции разработки фундаментальных теоретических основ, так и со стороны её практической реализации, путём оказания высококвалифицированной узкоспециализированной стоматологической медицинской помощи нуждающемуся детскому населению, а также выполняя качественную учебно-методическую работу и педагогическую подготовку кадров на стоматологическом факультете Красноярского медицинского института, далее переименованного в академию и университет.

Становление специальности стоматология детского возраста и её раздела детская челюстно-лицевая хирургия в нашей стране, как самостоятельной дисциплины, произошло благодаря вкладу ряда выдающихся учёных и педагогов, всецело посвятивших свою профессиональную деятельность избранной специальности, написавших большое количество профильных учебников для студентов стоматологических факультетов, практических руководств и монографий для врачей-стоматологов, а также большому количеству единомышленников и приверженцев данного

направления стоматологии, практикующих челюстно-лицевых хирургов на местах, которые личным трудом заложили основополагающую базу стоматологии детского возраста, как самостоятельной медицинской стоматологической специальности во всех регионах России. Одним из таких пионеров детской челюстно-лицевой хирургии в Красноярском регионе был доцент Тарасевич Владимир Леонидович – талантливый клиницист, наставник и педагог, один из первых врачей-стоматологов г. Красноярска, посвятивших свою профессиональную деятельность именно детской челюстно-лицевой хирургии.

В.Л. Тарасевич родился 28 ноября 1949 г. в г. Белая Церковь Киевской области. Отец – Тарасевич Леонид Алексеевич, преподаватель Белоцерковского сельскохозяйственного института – кандидат сельскохозяйственных наук, доцент. Мать – Зоткина (Дерябина) Анна Ивановна, домохозяйка, мать 3-х детей, оставившая работу через 2 года после окончания сельскохозяйственного института.

После окончания Белоцерковской школы № 5 Владимир Леонидович переехал в г. Кемерово, где трудился электрослесарем, затем токарем, а в 1969 г. поступил в Кемеровский медицинский институт на стоматологический факультет. Однокурсница Владимира Леонидовича Татьяна Нефёдова вспоминает: «Володя учился только на хорошие и отличные оценки. Всегда были вовремя сданы зачёты и экзамены. А когда началась хирургическая стоматология, нам оставалось только смотреть и удивляться его стремлению принимать пациентов – внимательно, грамотно. Интеллигентный, скрупулезный во всём, в изучении теории и в овладении практическими навыками» (рис. 1–3).

После окончания Кемеровского медицинского института в 1974 г. В. Л. Тарасевич обучался в клинической ординатуре на кафедре хирургической стоматологии этого же института. По словам одногруппницы и друга Владимира Леонидовича Зои Яшиной он увлёкся хирургической стоматологией с третьего курса, стал посещать факультатив и присутствовать на ночных дежурствах в отделении ЧЛХ. «На практических занятиях по хирургической стоматоло-

гии, выполнив своё задание, он помогал нам. Неудивительно, что после окончания ВУЗа декан стоматологического факультета Зорин Юрий Александрович предложил Володе учёбу в ординатуре», – говорит Зоя Яшина (рис. 4–6).

По окончании клинической ординатуры в 1976 году В. Л. Тарасевич становится врачом отделения челюстно-лицевой хирургии Кемеровской областной больницы. В 1978 году В. Л. Тарасевич поступает в целевую аспирантуру на кафедру госпитальной хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института.

С 1981 г. Владимир Леонидович начинает свою преподавательскую деятельность в должности ассистента кафедры хирургической стоматологии в Красноярском медицинском институте, в последующем переименованном в Красноярскую государственную медицинскую академию, далее – в университет.



Рис. 1. В. Л.Тарасевич, 1969 г.



Рис. 2. В. Л. Тарасевич
в студенческие годы, 1973 г.



Рис. 3. В. Л. Тарасевич на сельхоз-
работах с однокурсником и коллегой
по аспирантуре А. Люлякиным,
г. Барнаул, 1973 г.



Рис. 4. В. Л. Тарасевич на занятиях
с одногруппницей З. Яшиной, 1973 г.



Рис. 5. В. Л. Тарасевич после КемГМИ на приеме, 1976 г.



Рис. 6. В. Л. Тарасевич интубирует больного, 1976 г.

Основными направлениями научно-практической работы с 1981 по 2010 гг. сам Владимир Леонидович считал следующие: изучение функционального состояния околоушной железы после субтотальной экстирпации, исследование роли чрескожной электрорефлексоаналгезия в послеоперационном периоде, первичные реконструктивные, органосохраняющие операции у больных опухолями ЧЛЮ, реконструктивные операции на мягких тканях и челюстях, реконструкции ВНЧС комбинированными аутоканями у детей, а также замещение послеоперационных дефектов челюстей ауто- и гетеротканями и дефектов нёба тканями языка.



Рис. 7. В. Л. Тарасевич на обходе с зав. кафедрой А. А. Левенцом 1981 г.

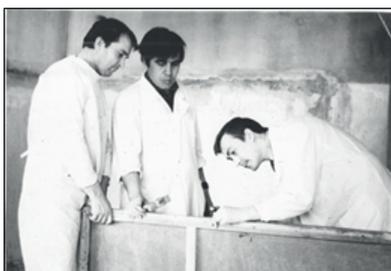


Рис. 8. В. Л. Тарасевич (справа) с коллегами на субботнике, 1981 г.

В 1982 году В. Л. Тарасевич подготовил и защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Функциональное состояние филатовского стебля на этапах его переноса» под

руководством д.м.н., профессора В. Ф. Рудько и д.м.н., профессора А. И. Воложина, в результате чего ему присуждена учёная степень кандидата медицинских наук.



Рис. 9. В. Л. Тарасевич принимает экзамен с проф. А. Н. Короленко, 1984 г.



Рис. 10. В. Л. Тарасевич (слева) на экзамене, 1983 г.

Будучи уже кандидатом медицинских наук В. Л. Тарасевич продолжает активно принимать участие в жизни института, не только на кафедре, но и в социалистических соревнованиях, в том числе организуя работу студентов в сельскохозяйственных отрядах, для помощи сбора урожая и оказания специализированной стоматологической помощи на местах населению Красноярского края.



Рис. 11. В. Л. Тарасевич член ГЭК, 1988 г.



Рис. 12. В. Л. Тарасевич на занятиях со студентами, 1990 г.

В 1989 г. В. Л. Тарасевич назначен на должность заведующего кафедрой стоматологии детского возраста КГМИ, которой руководит до 1995 г. (рис. 15).

За время работы на кафедре Владимир Леонидович внёс большой вклад в становление детской челюстно-лице-

вой хирургии на территории Красноярского края. Его трудовая деятельность неразрывно связана с работой отделения детской челюстно-лицевой хирургии Городской детской хирургической больницы № 5 г. Красноярска, являющейся одной из основных клинических баз кафедры.



Рис. 14. В. Л. Тарасевич на кафедре стоматологии детского возраста, 1990 г.

В 1993 г. В. Л. Тарсевичу присвоено учёное звание доцента. Будучи доцентом, клиническую и педагогическую практику В. Л. Тарасевич сочетал с активным участием в общественной жизни кафедры и университет в целом, за что неоднократно отмечен Почётными грамотами руководства университета и Министерства здравоохранения Красноярского края. Помимо заведования кафедры В. Л. Тарасевич в своё время являлся куратором цикла «Стоматология» последипломного образования, председателем методической комиссии Института стоматологии КрасГМУ, врачом-экспертом стоматологического отделения консультативно-диагностической поликлиники краевой клинической больницы, секретарем научно-практического совета стоматологической поликлиники КрасГМУ.

Из воспоминаний однокурсницы, коллеги по педагогической работе в Красноярском университете и практической работе в клинике, доцента Риммы Геннадьевны Буянкиной: «С Тарасевичем Владимиром Леонидовичем я

учились на одном курсе 2 года. Потом ушла в академический отпуск по уходу за ребёнком. Он всегда поражал своим спокойствием, приятными манерами поведения, желанием и умением учиться. Вторая встреча состоялась в 1981 году, когда он вернулся из московской аспирантуры на кафедру хирургической стоматологии. Я работала на кафедре стоматологии детского возраста ассистентом. Много и интересно рассказывал о своих учителях, о новых методиках в преподавании и хирургии челюстно-лицевой области.

В 1989 году после моего окончания аспирантуры в г. Омск В. Л. Тарасевич взял меня на кафедру стоматологии детского возраста КГМИ, которую возглавлял в тот период времени. Мы оба работали на базе детской хирургической больницы № 5. Он вёл занятия по хирургической стоматологии, а я по терапевтической стоматологии детского возраста. Один день в неделю проходил обход с его участием. Это вошло в традицию кафедры и детской больницы в те годы. С В. Л. Тарасевичем было всегда легко работать. Мы вместе санировали детей под общим обезболиванием, я лечила, а он проводил операции удаления зубов. И всегда много оперировал. У него учились молодые врачи отделения. Много во Владимире Леонидовиче было хорошего, доброго, светлого, профессионального. Он был как из другого мира...».



Рис. 15. Доцент В. Л. Тарасевич (верхний ряд, справа) на праздновании 50-летия доцента Р. Г. Буянкиной.
Верхний ряд: профессор В. В. Алямовский.
Нижний ряд: доцент, А. Н. Дуж, доцент Р. Г. Буянкина, доцент Е. А. Бриль, доцент С. А. Нарыкова, 2002 г.

Из воспоминаний заведующего кафедрой стоматологии ИПО КрасГМУ, профессора Василия Викторовича Алямовского: «Мои воспоминания о Владимире Леонидовиче можно разделить на две части. Первая – Владимир Леонидович – один из моих преподавателей дисциплины хирургическая стоматология, самый строгий из всего коллектива кафедры, чрезвычайно требовательный к качеству обучения своих подопечных, мужчина с идеальной выправкой, педантичный и аккуратный. Он внушал большое уважение и это заставляло нас относиться ответственно к подготовке к занятиям, чтобы получить его одобрение, что очень важно для любого студента. Вторая часть относится к периоду 1995–2002 годов, когда я был выбран на должность заведующего кафедрой стоматологии детского возраста, сменив Владимира Леонидовича на этом посту. У меня, как молодого по возрасту (для того времени) заведующего кафедрой было волнение – как выстроятся отношения между нами в результате такой замены? На удивление, я не только не заметил ни одной «шероховатости» в наших взаимоотношениях, но и обрёл настоящего старшего товарища, внимательно относящимся ко всем задачам и проблемам нашей кафедры, выполнявшего свой профессиональный долг на высочайшем уровне, продолжая демонстрировать все великолепные качества, которыми я восхищался ещё в студенческие годы».

Из воспоминаний доцента кафедры стоматологии ИПО КрасГМУ Натальи Валентиновны Тарасовой: «Среди всех докторов и наставников нового поколения стоматологов, которые встречались мне в жизни, Владимир Леонидович был – настоящий алмаз! Он никогда не повышал голос, относился уважительно и к санитарке и молодым врачам. Владимир Леонидович прививал нам – студентам, любовь к своей профессии, долго и терпеливо обучал нас этому нелёгкому делу. Как правильно стоять за операционным столом, чтобы меньше уставала спина, как нельзя торопиться уйти домой, после операционного дня, как пораньше прийти на работу, чтобы успеть сделать все дела и даже немного больше – этими принципами живут и работают ученики Владимира Леонидовича и в настоящее время. Вот таким

Человеком, Врачом, Педагогом с большой буквы запомнился мне мой учитель – Владимир Леонидович Тарасевич».

Из воспоминаний Алексея Львовича Телятникова, заведующего отделением ЧЛХ КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5», ассистента кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии КрасГМУ: «Моё знакомство с Владимиром Леонидовичем состоялось в далёком 1993 г., когда будучи 20-ти летним студентом 3 курса стоматологического факультета я пришёл на занятия по детской стоматологии в Детскую хирургическую больницу № 5. Владимир Леонидович сразу поразил меня своей преданностью делу: отличный преподаватель, грамотный хирург. «Приглашаю желающего ассистировать мне на операции» – сказал Владимир Леонидович, в начале очередного занятия. Я поднял руку, и следующие три часа помогал мастеру. Через 10 лет я пришёл на работу в Детскую хирургическую больницу, сначала врачом, а потом заведующим отделением ЧЛХ. Все эти годы я плотно сотрудничал с Владимиром Леонидовичем, начиная от еженедельных обходов, заканчивая работой в операционной. При его помощи и поддержке, в повседневную работу отделения были внедрены высокоэффективные методики хирургического лечения доброкачественных опухолей костей лицевого скелета, врождённых пороков развития челюстно-лицевой области. Первые, совместно с ним прооперированные дети, сейчас уже молодые люди, ведущие полноценную жизнь. На сегодня, мой стаж работы хирургом более 25 лет, но я до сих пор помню свою первую операцию вместе с мастером – Владимиром Леонидовичем Тарасевичем».

Владимир Леонидович в течение длительного периода времени являлся основным генератором идей СНО кафедры, пользовался авторитетом и уважением в студенческой среде. В 2009 году Владимир Леонидович за многолетний труд со студентами на базе КрасГМУ был удостоен студенческой премии «Золотые перчатки» в номинации «Добрый волшебник».

По словам однокурсницы Татьяны Нефёдовой о Владимире Леонидовиче можно писать только в восклицательных знаках: «Он всегда наглажен, всегда в костюме! Всегда позитивный, отзывчивый! Было впечатление, что у него «голубая, аристократическая кровь», настолько был идеален во всём!».



Рис. 16. Доцент В. Л. Тарасевич со студентами стоматологического факультета, 2009 г.



Рис. 17. Доцент В. Л. Тарасевич со студентами у входа в КрасГМУ, 2009 г.

Деятельность В. Л. Тарасевича отмечена во многих трудах. Владимир Леонидович является автором и соавтором 75 научных работ, в том числе 5 методических рекомендаций и 48 учебных пособий для студентов и курсантов, 6 статей в периодических отраслевых журналах, 2 патентов на изобретение РФ и 17 рационализаторских предложений.



Рис. 18. В.Л. Тарасевич - к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста КрасГМУ, 2013 г.

Искренняя память и уважение, о доценте Владимире Леонидовиче Тарасевиче, как о выдающемся наставнике и педагоге, челюстно-лицевом хирурге, внёсшим фундаментальный вклад в становление стоматологии детского возраста в целом и детской челюстно-лицевой хирургии в частности в практическом и педагогическом аспектах на территории Красноярского региона с уважением и признательностью останутся в памяти профессорско-преподавательского состава стоматологического факультета КрасГМУ и его многочисленного количества подготовленных практических специалистов – врачей стоматологов.

Гомбоцыренова А.Б., Плащеватая Н.О., Пинелис И.С.
ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНА
В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность проблемы. Восстановление и сохранение структуры и функций костной ткани ЧЛО – наиболее главная задача хирургического лечения. На сегодняшний день в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии достаточно широко используют различные остеотропные материалы. По мнению многих авторов, материалы на основе гидроксиапатита, коллагена, а также их сочетания, наиболее предсказуемы, достаточно эффективны и доступны для применения их в качестве стимуляции остеогенеза.

Известно, что ближайшие и, тем более, отдаленные результаты операций, проводимых с замещением костных дефектов после цистэктомии, удаления зубов, образований челюстей, во многом зависят от свойств тех веществ, которые входят в состав имплантируемых в полость материалов с целью стимуляции остеогенеза и дальнейшей минерализации вновь образующейся костной ткани. Однако, в современной литературе недостаточно работ, посвященных сравнительному клинико-экспериментальному изучению влияния различных по составу и происхождению остеопластических препаратов на динамику остеогенеза во время удаления ретинированных зубов мудрости.

В тоже время, в российской и зарубежной научной литературе недостаточно данных о комплексном использовании остеотропных материалов на основе коллагена I типа, нет единого универсального подхода при хирургическом лечении пациентов с дефектами верхней и нижней челюсти различной этиологии.

Цель работы: изучение эффективности хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области за счет использования остеотропного материала на основе коллагена I типа «Коллост» на основе научных статей.

Задачи исследования:

1. Изучить эффективность использования материала «Кол-

лост» при хирургическом лечении одонтогенных кист челюстей.

2. Изучить эффективность использования материала «Коллост» при замещении костных дефектов после удаления ретенированных дистопированных зубов мудрости.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры хирургической стоматологии ЧГМА было проведено исследование с целью усовершенствования методик операций и создания универсального алгоритма лечения пациентов с кистами верхней и нижней челюстей, с ретенированными дистопированными нижними третьими молярами на основе применения материала «Коллост», представляющего собой коллаген I типа.

Результаты собственных исследований. В группе пациентов с заболеваниями в области нижней челюсти, процесс регенерации протекал медленнее, чем на верхней челюсти, был примерно равен 4-6 месяцев после операции.

По результатам лучевых методов исследования уже через 3 месяца после проведенной операции выявлялись выраженные рентгенологические признаки костной регенерации. Степень и выраженность неоостеогенеза на данном сроке наблюдения были более выражены у пациентов с меньшими дефектами и использованием материала КОЛЛОСТ.

Полное восстановление объема костной ткани по данным лучевым методов исследования отмечались в основной группе через 4-6 месяцев после проведенной операции.

У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал без особенностей и развития каких-либо осложнений.

Научная новизна. В ходе проведенного исследования установлено, что действие в костной ткани материала «Коллост» способствует активизации миграции остеобластов по коллагеновой матрице, что приводит к быстрому увеличению толщины остеоидного слоя.

Изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения одонтогенных кист челюстей различной локализации, распространенности и ретенированных, дистопированных нижних третьих моляров с использованием остеопластических препаратов.

В сравнительном аспекте изучены и обоснованы преимущества метода пластики костных дефектов после цистэктомии материалом на основе коллагена I типа «Коллост» по сравнению с использованием остеопластических материалов.

Выводы. Материал коллаген I типа «Коллост» обладает прекрасной биосовместимостью, способствует дифференцировке остеобластов, ускоряет остеогенез, а также способствует стабилизации кровяного сгустка и сохранению объема и топографии пространства при устранении дефектов костной ткани на основании проведенных исследований научных статей.

Литература

1. Учебно-методическое пособие «Метод направленной регенерации тканей в системе пародонто-альвеолярной реконструкции» / под ред. Л. Ю. Ореховой. — М.: Литтерра, 2017. — 48 с
2. Базилян, Э. А. Современные остеопластические материалы / Базилян Э. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 96 с.
3. Остеопластика в хирургической стоматологии / А. С. Иванов, А. В. Кабаньков, С. С. Мнацаканов, В. П. Румякин. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. — 79 с.
4. Костная пластика в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Панкратов А.С., Лекишвили М.В. Издательство: БИНОМ, 2011

Дуж А. Н., Соколова О. Р., Галонский В. Г.
ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА НАСЕЛЕНИЯ,
ОБРАТИВШЕГОСЯ В ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск*

С 1 декабря 2009 года в России начали работу Центры здоровья [3, 4]. Любой гражданин Российской Федерации, который считает себя практически здоровым, может бесплатно обратиться в Центры здоровья, если у него есть полис обязательного медицинского страхования и паспорт. В Центрах здоровья проводится работа по выявлению факторов риска неинфекционных заболеваний и оценки состояния здоровья населения. Здесь можно получить помощь в избавлении от вредных привычек, проанализировать тип питания, узнать, есть ли риски развития сердечно-сосудистых и других заболеваний. Получить рекомендации о том, как сделать образ жизни более здоровым.

Центры здоровья посещают не только здоровые люди. Приходят сюда и те, у кого уже диагностированы заболевания. Этим людям обследование помогает взглянуть на проблемы с другой стороны. Если человек, получая лекарственную терапию по поводу имеющегося заболевания, но продолжает курить, нарушать режим и качество питания, не соблюдать нормы гигиены, режим труда и отдыха, то эффективность лечебных мероприятий снижается в разы. В Центре здоровья врачи помогут скорректировать образ жизни, чтобы не усугублять уже имеющиеся болезни.

В Центрах здоровья проводятся «Школы здоровья». Эти образовательные семинары информируют людей об основных факторах риска развития заболевания. Проводятся занятия по отказу от курения, повышению физической активности, по профилактике ряда заболеваний. Групповой характер занятий повышает мотивацию людей, потому что обмен мнением и личный пример другого человека не менее важны, чем советы врача.

В центрах здоровья работают специалисты различного профиля, которые знают всё о здоровом образе жизни и профилактике. В кабинете профилактической стоматологии специалист проверит состояние полости рта, проведёт профессиональную гигиену, поможет подобрать средства индивидуальной гигиены полости рта и даст подробную консультацию о необходимых профилактических и лечебных мероприятиях.

Цель исследования: определить состояние здоровья полости рта населения, обратившегося в Центр здоровья.

Материал и методы. Для оценки стоматологического статуса проведён осмотр полости рта в соответствии с требованиями к заполнению разработанного для ЦЗ усовершенствованного Листа первичного осмотра медицинской карты стоматологического больного у 196 человек, обратившихся в Центры здоровья г. Красноярска с профилактической целью.

В исследовании принимали участия лица в возрасте от 19 до 60 лет. Средний возраст в группе $31,18 \pm 0,73$. Мужчины составили группу 64 человека (32,7 %), женщины – 132 человек (67,3%).

Результаты и обсуждение. Обследование обратившихся лиц начиналось с опроса пациента, включающего сбор жалоб и анамнеза. При сборе анамнеза акцент был сделан на выявление факторов, влияющих на развитие основных стоматологических патологий. Так установлено, что 26,3% опрошенных ежедневно курят, 4,3% курят иногда и 69,4% никогда не курили. Характер питания оценивали по количеству приёмов пищи и напитков в течение дня. Среднее значение количества приёмов пищи составило $4,73 \pm 0,06$ (минимальное значение – 3 и максимальное – 7). Различные напитки, содержащие углеводы (за исключением воды) употребляют в среднем $5,15 \pm 0,11$ раз в день (минимальное значение – 1 и максимальное – 10).

Основную информативность для оценки стоматологического статуса пациентов имели индексы интенсивности кариеса зубов КПУ (ВОЗ, 1962) [2] и комплексный периодонтальный индекс КПИ (Леус П. А., 1988) [1].

Для определения признаков поражения пародонта использовали индекс КПИ, который оценивает кровоточивость, зубной камень, патологический карман, а также наличие зубного налёта и патологическую подвижность зубов. Регистрация показателей состояния тканей пародонта в области 1.7/1.6, 1.1, 2.6/2.7, 3.1, 3.6/3.7, 4.6/4.7 зубов проводилась в отдельной формуле Листа первичного осмотра стоматологического больного. К достоинствам использования выбранного индекса нужно отнести, что при исследовании используется обычный набор зубоврачебных инструментов и, что наиболее значимо, что данный индекс позволяет выявлять доклинические признаки развития заболевания. Учитывая, что основной этиологический фактор развития болезней пародонта – зубной налёт, его регистрация обладает достаточной эффективностью при ранней диагностике болезней пародонта. Значение индекса 0,1–1,0 расценивается, как риск развития заболевания. Среднее значение индекса КПИ в группе составило – $1,25 \pm 0,05$, что оценивается как лёгкая степень заболевания. Минимальное значение – 0,2 – риск развития заболевания и максимальное – 3,2 – средняя степень заболевания.

Среднее значение индекса КПУ в группе обследования составило $11,34 \pm 0,40$, (минимальное значение – 2 и максимальное – 31). Средние значения компонентов индекса следующее: К – $1,02 \pm 0,10$; П – $6,80 \pm 0,24$; У – $3,52 \pm 0,26$. Минимальное значение по компонентам индекса составило – 0, максимальное – К – 9, П – 15, У – 20. В группе обследования у 12,6% пациентов диагностированы некариозные заболевания зубов. Наиболее часто встречающаяся патология – клиновидный дефект – 11,8% обратившихся и эрозия эмали зубов – 0,8%. Также при заполнении зубной формулы пациентов было отмечено наличие искусственных зубов и коронок. Так, 44 человека, из числа обследованных имели искусственные коронки, среднее значение в группе $0,87 \pm 0,16$, при максимальном значении числа коронок – 21. У 21 пациента было 108 искусственных зуба. При этом, при обследовании пациентов диагностировано 690 удалённых зубов. Нужно отметить, что здесь мы наблюдаем большую разницу в

количестве удалённых и замещённых искусственных зубов. Так среднее значение количества удалённых зубов в группе – $3,52 \pm 0,26$, а среднее количество замещённых зубов составило $0,55 \pm 0,17$, следовательно, процент замещения отсутствующих зубов составляет 15,6%.

При детальном анализе стоматологического статуса по исследуемым параметрам в различные возрастные периоды, выяснено, что показатели изучаемых индексов имеют устойчивую тенденцию роста с возрастом обследуемых пациентов. Показатели КПИ от 0,6 в группе 15–19 лет до 2,16 в группе 55–59 лет. Индекс КПУ от 6,0 в группе 15–19 лет до 20,5 в группе 55–59 лет. Основной прирост индекса КПУ идет за счёт количества удалённых зубов. Компонент У – 0,67 в группе 15–19 лет и 12,2 в группе 55–59 лет. Количество удалённых зубов у пациентов постепенно увеличивается с возрастом, но наибольший прирост происходит в возрасте старше 45 лет. Компонент У у лиц 45–49 лет – 6,83, в возрасте 55–59 лет – 12,2, за 10 лет каждый пациент теряет более пяти зубов.

Нужно отметить, что до 25 лет удалённые зубы пациенты не замещают. Наилучшее соотношение количества удалённых и замещённых зубов в возрасте 45–49 лет и составляет 6,83:3, следовательно, восстанавливается каждый второй удалённый зуб.

Заключение. В Центры здоровья обращается население с различными видами стоматологической патологии: заболевания твёрдых тканей зубов, заболевания некариозного происхождения, патология пародонта, адентия. Каждому пациенту необходим индивидуальный подход, индивидуальный план профилактических и лечебных мероприятий. Несмотря на то, что Центры здоровья – совершенно новая практика для России, их открытие помогает в развитии процесса, который происходит в современном обществе. Люди задумываются об отказе от вредных привычек, здоровом образе жизни и долголетьи. Посещение специалиста кабинета профилактической стоматологии с целью профилактического обследования позволит получить дополнительную консультацию и мотивировать население на формирование здорового образа жизни.

Литература

1. Леус П. А. Коммунальная стоматология. – Брест: Брестская типография, 2000. – 284 с.
2. Пахомов Г. Н. Первичная профилактика в стоматологии. – М.: Медицина, 1982. – 240 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] URL: <http://base.garant.ru/12169847/#ixzz3ZQAGO4KG> (дата обращения: 08.04.2015).
4. Центры здоровья Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края. [Электронный ресурс] URL: http://www.krasmed.ru/prophylaxis/health_centers.php (дата обращения: 08.04.2015).

Иванова Н. А., Галонский В. Г., Исаева Т. Н.
ЛЕЧЕНИЕ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ РЕБЕНКА,
СТРАДАЮЩЕГО АНГИДРОТИЧЕСКОЙ
ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПАЗИЕЙ

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск*

Ангидротическая (гипогидротическая) эктодермальная дисплазия – это орфанное генетическое заболевание, сопровождающееся аномалиями развития тканей, формирующихся из эктодермы [12]. В том числе нарушается формирование тканей челюстно-лицевой области: челюстных костей, слизистой оболочки рта, определяется частичная или полная адентия временная и(или) постоянная, аномалии положения и формы зубов, гипоплазия эмали. Функциональные нарушения – снижение саливации, нарушение жевания, речи являются следствием морфологических изменений при заболевании [1, 3–15, 17, 20–22]. Недостаточное количество зубов, их неправильная форма, положение, или полное отсутствие зубов в сочетании с внешними клиническими признаками заболевания нарушают эстетику лица. Человеку свойственно сравнивать себя с другими людьми, ему необходимо чувство уверенности в себе для свободного общения, возможности получать информацию коммуникативными методами, вести коллективную деятельность. При нарушениях эстетики возникают психологические комплексы, которые препятствуют развитию личности и социальной адаптации. Известно, что больные с раннего детства нуждаются в зубном протезировании [17], но зачастую, не получают его, так как большинство практических врачей-стоматологов-ортопедов и ортодонтотв не подготовлено к проведению ортопедического лечения в сложных анатомо-функциональных условиях, которые наблюдаются при ангидротической эктодермальной дисплазии. Публикаций о методах стоматологической реабилитации пациентов при ангидротической эктодермальной дисплазии недостаточно [1, 3–9, 19, 20, 22].

Цель работы. Повышение эффективности зубного протезирования при ангидротической эктодермальной дисплазии.

Материалы и методы. Выполнен контент-анализ и проведена стоматологическая реабилитация ребёнка 8 лет страдающего ангидротической эктодермальной дисплазией и адентией.

Результаты и их обсуждение. В результате выполненного нами контент-анализа имеющихся литературных источников по изучаемой проблеме были определены морфологические и функциональные нарушения осложняющие зубное протезирование и адаптацию к полным съёмным протезам у этой категории пациентов.

Аномалии формирования слизистой оболочки полости рта ведут к снижению количества слюнных желез и снижению саливации, ксеростомии. Недостаточность секреторной функции слюны при протезировании может иметь различные проявления: нарушается очищение полости рта от остатков пищи, налёта и бактерий; нейтрализация от действия кислот и щелочи; изменяется видовой состав микрофлоры полости рта, снижается формирование защитного барьера из муцина, железосодержащих белков и лейкоцитов; противобактериальные, противогрибковые, противовирусные свойства слюны; затрудняются смачивание и размягчение твёрдой пищи, формирование пищевого комка, гидролиз крахмала пищи; нарушается регуляция образования пищеварительных соков в желудочно-кишечном тракте.

Отсутствие зубов приводит к нарушению функции жевания, речи. Недостаточная обработка пищи в полости рта негативно влияет на усвоение питательных веществ. При отсутствии жевания мышцы не испытывают функциональную нагрузку, что приводит к атрофии мышц и может влиять на рост челюстей.

Наиболее сложные анатомо-функциональные условия для протезирования формируются при полной адентии. Нарушение развития тканей, формирующих протезное ложе – альвеолярной кости и слизистой оболочки полости рта при ангидротической эктодермальной дисплазии ограничивают,

а в ряде случаев делают невозможным, применение механических методов фиксации, снижают возможности анатомической ретенции протезов, ослабляют физические явления, такие как капиллярные силы, явление смачиваемости, которые в норме способствуют удержанию съёмного протеза. Тем не менее, протезирование необходимо начать как можно раньше, чтобы восстановить функции зубочелюстной системы, эстетику лица и стимулировать рост челюстей.

В качестве примера приводим клинический случай стоматологической реабилитации мальчика 8 лет.

Жалобы при обращении. Морфологические: на отсутствие зубов. Функциональные: затруднённое пережёвывание пищи, сухость кожи, коросты в носу и связанное с этим периодическое нарушение дыхания, не потеет, светобоязнь. Эстетические: на эстетический дефект ЧЛЮ; на нарушение эстетики улыбки.

Анамнез. При рождении признаков заболевания не было, в 4–5 мес. поставили диагноз атопический дерматит, получал местное лечение без видимого эффекта. Зубы не прорезались. В 8 лет впервые проведена попытка протезирования – сделаны два полных съёмных протеза, пользоваться которыми ребёнок не смог (не держатся, натирают). Питается как вся семья, не перемалывает пищу. DS: Ангиодротическая эктодермальная дисплазия поставлен в 8 лет.

Семейный анамнез. У бабушки по материнской линии была светобоязнь. У матери имеется специфический фенотип характерный для эктодермальной дисплазии. Имеет родных брата 19 лет и сестру 15 лет, у которых нет проявлений заболевания.

Объективно. Физически развит гармонично. Кожные покровы сухие, морщинистые, местами шелушится. Лицо симметричное (рис. 1). Строение лицевого отдела черепа: большой лоб с незначительно выступающими лобными буграми, запавшая переносица, маленький нос, полные, слегка вывернутые губы, деформация ушных раковин (рис. 2, 3). Кожа лица сухая, тонкая. Особенно выражено истончение кожи периорбитально. Депигментация кожи вокруг рта с чёткими неровными краями, гиперпигментация со светло

коричневым оттенком периорбитально. Состояние волосяного покрова: длинные волосы тонкие напоминают пушковый волос, разрежены, пигментированы, имеют коричневый оттенок.



а

б

Рис.1. Фотография в фас лица мальчика 8 лет, страдающего ангидротической эктодермальной дисплазией: а) состояние физиологического покоя; б) улыбка.



а

б

Рис. 2. Фотографии в профиль: а) вид справа; б) вид слева (подбородок и нижняя губа выступают вперёд)



Рис. 3. Фотография в $\frac{3}{4}$.

Носогубные складки выражены, в углах рта заеды

Ресницы и брови отсутствуют. Ногтевые пластинки не изменены. Открывание рта свободное безболезненное в полном объёме. Слизистая оболочка преддверия и полости рта тонкая, саливация снижена. Аномалия развития альвеолярного отростка и альвеолярного гребня (рис.4). Нёбо плоское. Бугры верхней челюсти выражены слабо. Уздечка верхней губы и щёчно-альвеолярные тяжи прикрепляются у вершины альвеолярного отростка, уздечка нижней губы, языка щёчно-альвеолярные тяжи прикрепляются у вершины альвеолярного гребня. Форма альвеолярного отростка пологая. Форма альвеолярного гребня в переднем отделе нижней челюсти округлая, с язычной поверхности с навесами; в боковых отделах форма гребня саблевидная. Зубы отсутствуют.



Рис. 4. Интраоральные фотографии пациента 8 лет. Адентия. Нарушение развития: а) верхней челюсти; б) нижней челюсти.



Рис. 5. Ортопантомограмма пациента 8 лет. Определяется аномалия формы челюстей. Отсутствие зачатков зубов.

DS по МКБ-10: Q82.4 Ангидротическая эктодермальная дисплазия; K00.01 Адентия; K07.08 Другие уточнённые аномалии размеров челюстей, гипоплазия альвеолярной части челюстей на фоне АЭД; D20. Атопический дерматит.

Клинический диагноз. Ангидротическая эктодермальная дисплазия. Адентия верхней и нижней челюсти временная и постоянная. III тип Шредеру, II тип по Келлеру. Атопический дерматит.

Лечение: Проведено протезирование полными съёмными пластиночными протезами верхней и нижней челюсти. Этапы (рис. 6–12).



Рис. 6. Оттиски, полученные альгинатной массой



Рис. 7. На индивидуальных ложках перфорационные отверстия для получения разгружающего оттиска

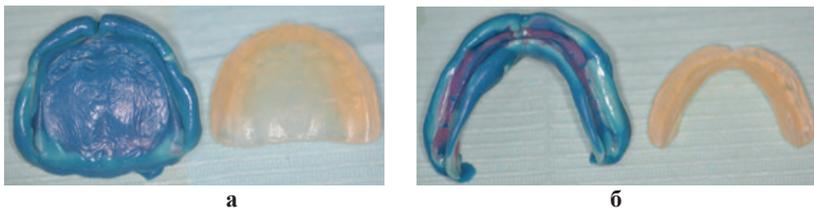


Рис. 8. Функциональные оттиски: а) верхней челюсти; б) нижней челюсти. Рядом с оттисками сфотографированы протезы из бесцветной пластмассы, которые были изготовлены 2 месяца назад врачом-ортодонтом. Заметно значительное укорочение границ протезов, что вероятно, являлось причиной недостаточной фиксации



а б в
Рис. 9. Постановка зубов: а) правая боковая проекция;
б) фронтальная проекция; в) левая боковая проекция



Рис. 10. Полные съёмные пластиночные протезы выполнены в технологии Ивокап (материал SR Ivoclar High Impact)



Рис. 11. Фотография с протезами
в полости рта.



Рис.12. Фотография улыбки
пациента после
ортопедического лечения

Рекомендовано:

1. динамическое диспансерное наблюдение не реже 2-х раз в год,
2. изготовление новых зубных протезов аналогичной конструкции по мере роста челюстей.

При контрольных осмотрах состояние протезов и тканей верхнечелюстного и нижнечелюстного протезного ложа удовлетворительное, жалобы отсутствуют.

Выводы:

Контент-анализ данных литературных источников позволил определить основные функциональные нарушения в челюстно-лицевой области и причины их формирования при ангидротической эктодермальной дисплазии, а также их влияние на зубное протезирование в сложных анатомо-функциональных условиях при полном отсутствии зубов.

При ортопедическом лечении пациентов с полным отсутствием зубов, на фоне ангидротической эктодермальной дисплазии необходимо восстановить дефекты зубных рядов. Форма базиса протезов должна обеспечивать ретенцию съёмных протезов, края должны быть оформлены с применением функциональных проб. Так как слизистая оболочка атрофична следует отдать предпочтение разгружающим оттискам. Постановку зубов следует проводить в пределах «постоянной опоры», с формированием окклюзионных кривых, добиваясь стабильной центральной, а также групповой сбалансированной динамической окклюзии. При протезировании необходимо использовать конструкционные материалы, обладающие высокой точностью, прочностью, хорошей полируемостью. Протезы должны легко корректироваться. Применяя данные конструкции протезов можно добиться положительных эстетических и функциональных результатов даже при неблагоприятных анатомо-функциональных условиях.

Литература

1. Агаджанян С. Х. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий при частичном врожденном отсутствии зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. Х. Агаджанян. – М., 1985. – 23 с.
2. Бондарец А. Ю. Вопросы терминологии, классификации и распространённости адентии / А. Ю. Бондарец, И. В. Гуненко, Н. В. Самойлова // Стоматология. – 2014. – № 2. – С. 47–51.
3. Бондарец Н. В. Гипогидротическая эктодермальная дисплазия. Характеристика и лечение / Н. В. Бондарец // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2001. – №1. – С. 31–34.

4. Восстановление дефектов зубных рядов у пациентов с ангидротической эктодермальной дисплазией / Н. А.Иванова, В. А. Иванов, И. А.Маслов, Т.Н.Исаева [и др.] // Сб. мат. XI Сибирского конгр. «Стоматология и челюстно-лицевая хирургия» Всерос. симп. «Новые технологии в стоматологии» под ред. проф. П. А. Железного – Новосибирск: ИПЦ НГМУ, 2016. – С.86–88.
5. Галонский В. Г.Ортопедическое лечение больных с синдромом Криста-Сименса-Турена и полной первичной адентией с использованием материалов с памятью формы / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич // Стоматология детского возраста и профилактика. 2008. – №3 (26). – С. 29–35.
6. Галонский В. Г. Зубочелюстно-лицевая ортопедия с использованием материалов с памятью формы: автореф. дис. ...докт. мед. наук / В. Г. Галонский. – Иркутск. 2009. – 47 с.
7. Галонский В. Г. Устранение полной адентии у взрослых и детей съёмными зубными протезами с литым никелид-титановым базисом / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер // Российский стоматологический журнал. – 2010. – №3 – С. 33–38.
8. Галонский В. Г. Клинические признаки, морфология тканей протезного ложа, методы реабилитации больных с эктодермальной дисплазией и врождённой адентией / Галонский В. Г., Радкевич А. А., Пуликов А. С. и др. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – Т.10, №4 (39). – С. 29–40.
9. Евневич Е. П. Клинико-функциональное обоснование методов лечения детей и подростков с истинной адентией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. П. Евневич. – Смоленск, 2000. – 20 с.
10. Иванова И. Н. Ангидротическая эктодермальная дисплазия / И. Н. Иванова, Е. А.Сердюкова, Т. И. Иконникова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2012. – №3.– С.17–19.
11. Иванова Н. А. Клинические проявления и стоматологическая реабилитация детей страдающих ангидротической эктодермальной дисплазией / Н. А. Иванова, К. А. Сапунова, О. С. Косарева // Современная ортопедическая стоматология. –2018. – №29.–С. 36–40

12. Кожные и венерические болезни: Справочник / Под ред. О. Л. Иванова // – М.: Медицина, 2007. – 352 с.
13. Клиническая дерматология: Редкие и атипичные дерматозы / А. А. Каламкарян, В. Н. Мордовцев, Л. Я. Трофимова. – Ереван: Айастан; 1989. – С. 164–170.
14. Колесов М. А. Эктодермальная дисплазия и её проявления в полости рта / М. А. Колесов, Н. В. Панкратова // Ортодонтия. – 2004. – № 1 (25). – С. 21–25.
15. Микробиология и иммунология для стоматологов / Р. Дж. Ламонт, М. С. Лантц, Р. А. Берне, Д. Дж. Лебланк; пер с англ. под ред. В. К. Леонтьева. – М.: Практическая медицина, 2010. – 504 с.
16. Ненадова О. Б. Клинико-физиологическое обоснование применения дентальных имплантатов у детей и подростков с гипогидротической эктодермальной дисплазией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. Б. Ненадова. – М., 2004. – 22 с.
17. Смердина Ю. Г. Генезис и клиника эктодермальной дисплазии ангидротической (синдром Криста-Сименса-Турена) / Ю. Г. Смердина, Л. Н. Смердина // Успехи современного естествознания. – 2008. – №5: – С. 138–139.
18. Суворова К. Н. Детская дерматология / К. Н. Суворова, В. Т. Куклин, В. М. Руковишникова. – Казань, 1996. – С. 44–49.
19. Эктодермальная дисплазия характерные клинические признаки и методы стоматологической реабилитации / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, А. А. Шушакова, В. О. Тумшевий // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – №2 (26). – С. 21–27.
20. Consensus Conferense on Ectodermal Dysplasia with special reference to dental treatment / The Institute for Postgraduate Dental Education, Jönköping, Sweden – 1998. – 104 с.
21. Mallika Kishore et al., Hypohidrotic Ectodermal Dyplasia Journal of Clinical and Diagnostic Research. – 2014. – Vol. 8, No. 1. – P. 273–275. DOI: 10.7860/JCDR/2014/6597.3951
22. Rad A. S., Siadat H., Monzavi A. et al. Full mouth rehabilitation of a hypohidrotic ectodermal dysplasia patient with dental implants: a clinical report // J. Prosthodont. – 2007. – Vol. 16, No. 3. – P. 209–213. DOI: 10.4103/0976-237X.95101

Кукушкин В.Л., Матвеев А.Н., Кукушкин Я.В.

РЕЗОРБЦИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
ГАУЗ Краевая стоматологическая поликлиника, г. Чита

Резорбцией называется рассасывание каких-либо органов или тканей, и (или) их поглощение другими органами. Этот процесс происходит в различных частях тела и тканях по-разному, и может носить как физиологический, так и патологический характер [1]. Применительно к постоянным зубам термин «резорбция» означает воспаление и утрату дентина (внутренней ткани) или цемента (внешнего покрытия) корня.

Согласно современным представлениям большинства авторов, резорбция зубов бывает:

Физиологическая (ФР). Возникает у детей на молочных зубах, во время их смены на постоянные. Развивается в здоровых зубах, а также зубах, поражённых кариесом, которых подвергали или не подвергали лечению. Рентгенография позволяет выявить сохранение окружающей костной ткани. В основе ФР лежит механизм избирательной активации остеокластов посредством цитокиновой системы, включающей рецептор активатора ядерного фактора каппа- β RANKL лиганды и остеопротегерина (OPG) [1]. Вместе с тем, в литературе очень расплывчато объясняется, каким образом происходит резорбция пульпы и периодонта.

Известно, что ФР временных зубов может проходить равномерно, неравномерно и в области фуркации. Равномерная резорбция характеризуется одновременным рассасыванием всех корней зуба, слабо затрагивая зону фуркации. Неравномерная, в свою очередь, протекает на том корне, который ближе всего находится к фолликулу постоянного зуба. Третий вид ФР начинается в области фуркации и только потом переходит на корни временных зубов. После рассасывания кости роль остеокластов берут на себя клетки пульпы и одонтобласты.

Патологическая резорбция (ПР). Развивается как осложнение травмы, реплантации, давления других зубов, кист и других новообразований, пульпарной или периодон-

тальной инфекции. Заболевание протекает на фоне хронических воспалительных процессов в тканях периодонта, возникших вследствие опухолей и кист. Рентгенография выявляет разрушение и отсутствие костной ткани.

В свою очередь, различают два типа патологической резорбции зуба: внутренняя и наружная (или внешняя).

Внутренняя резорбция корня зуба. Впервые о внутренней резорбции корня сообщил Белл (Bell) в 1829 году [1]. До настоящего времени данная патология остается проблемой с точки зрения диагностики и лечения. Нередко начальный период внутренней резорбции протекает бессимптомно. Рентгенологически очаг внутренней резорбции обычно имеет четкие ровные края, и тень пульпы сливается с зоной поражения (Рис 1.).



Рис 1. Начальная стадия идиопатической ВР

Причина, зачастую, — воспаление в пульпе и травма. Повреждение предентина, дентинных канальцев медиаторами воспаления (интерлейкины 1В, фактор некроза опухоли) стимулирует систему RANKL. Эта система избирательно активирует остеокласты в периодонтальных и/или пульпарных тканях. Резорбционные процессы могут развиваться при сдвиге уровня рН в кислую сторону, при инфекции пульпы, что приводит к растворению дентина и эмалевых структур хелатами.

В случаях травмы причиной является внутрипульпарное кровотечение с образованием сгустков, замещаемых грануляционной тканью, содержащей гигантские многоя-

дерные клетки, которые резорбируют дентин. Очень часто причина внутренней резорбции не понятна и классифицируется как «идиопатическая внутренняя резорбция».

Поскольку из-за внутренней резорбции нормальная пульпа превращается в гранулематозную ткань, она просвечивается сквозь ткани зуба и возникает, так называемое, «розовое пятно». Вследствие дальнейшего некроза пульпы, розовый цвет коронки постепенно меняется на серый.

По мере прогрессирования резорбции, появляются жалобы пациента на боли, а повреждение периодонта ведет к нарастающей подвижности зуба (Рис.2, 3).

Процесс внутренней резорбции может возникнуть в любой части стенки корневого канала. Кластические клетки имеют многоядерное строение и располагаются в пульпе, в структуре грануляционной ткани.

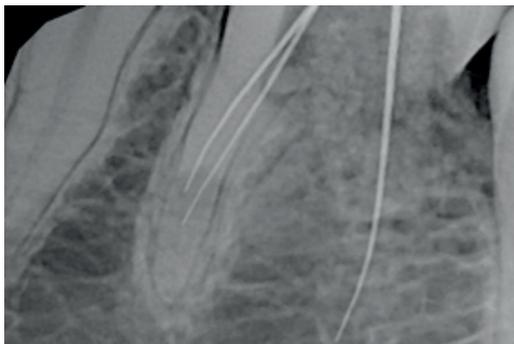


Рис. 2. Полное разрушение дистального корня 36 при идиопатической ВР



Рис. 3. Состояние альвеолы 36 после удаления зуба.

К сожалению, ученым до сих пор не удалось найти адекватную экспериментальную модель, позволяющую изучить феномен внутренней резорбции.

Если стоматолог диагностирует внутреннюю резорбцию, речь идет о том, что дентин или цемент начинает всасываться в корневой канал, и это вызывает воспаление внутренних (а затем, и внешних) поверхностей зуба. В конечном счете, зуб превращается в пустую оболочку, которая легко повреждается вследствие механических нагрузок и кариеса. Первым признаком внутренней резорбции, который может заметить врач, является розоватый оттенок зуба, сигнализирующий о поражении дентина. В этом случае стоматолог должен сделать рентгенограмму, на которой будет видна область поражения.

Наружная (внешняя) резорбция зуба. Практически не имеет симптомов, протекает на фоне проникновения кровеносных сосудов из окружающих тканей в зубной корень и соединительную ткань в разных областях ниже десневой линии. Вследствие патологических процессов зуб может изменить цвет, но, как правило, заболевание обнаруживают при рентгенологическом исследовании (Рис.4).

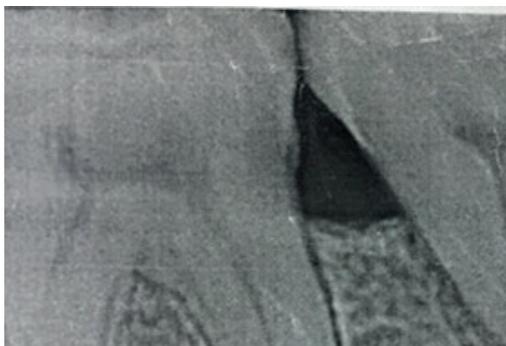


Рис. 4. Внешняя резорбция дистального корня 37, вызванная давлением ретенционного 38

Внешняя резорбция зуба схожа со внутренней и временами трудно отличима от нее. Ее причиной может стать травма зуба, его быстрое ортодонтическое перемещение (например, с помощью брекетов) или инфекция десны вокруг зуба.

Если своевременно не обратиться к стоматологу, внешняя резорбция оголенного корня постоянного зуба может привести к утрате последнего, инфекции, подвижности зубов и другим серьезным проблемам.

Следует отличать описанные выше виды резорбции корня от поражения коронок зубов, вызванных кариесом. Отличительным признаком является поражение эмали и дентина коронки зуба (Рис.5, 6).



Рис. 5. Дистальный Кариес 37, вызванный ретенированным 38

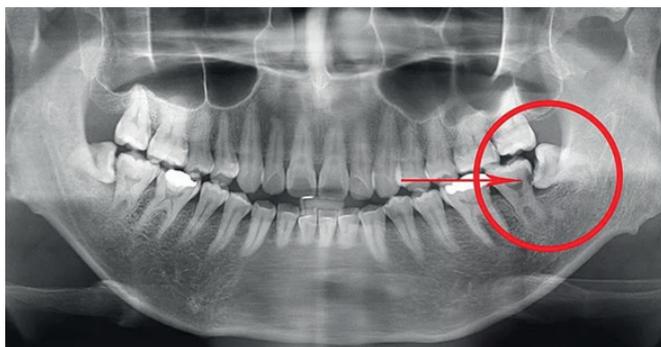


Рис. 6. Дистальный Кариес 37, вызванный ретенированным 38

Варианты лечения при резорбции зуба

Методика лечения данного патологического состояния напрямую зависит от его вида, размера дефекта, вовлеченности в процесс нерва и удобства доступа. Так, лечение внутренней резорбции, которая появилась вследствие

проникновения инфекции из пульпы, предусматривает эндодонтическую обработку дентинных канальцев. В случае, если процесс распространился за пределы канала, используют гидроксид кальция. Препарат оказывает антибактериальное воздействие и способен устранить провоцирующий фактор из основного канала. С аналогичной целью также применяется и материал МТА ProRoot.

В случае, если заболевание было вызвано пародонтальной инфекцией, проводят открытие резорбционного дефекта с целью удалить из него грануляционную ткань. После этого стоматолог формирует полость и пломбирует её. К лечению корневого канала прибегают только, если имеется его перфорация. В этом случае эндодонтическое лечение проводят до открытия доступа к резорбционной впадине. Если доступ к ней затруднён, возможно проведение obturации, что позволяет избежать хирургического вмешательства. В этом случае пациента обязательно наблюдают для того, чтобы убедиться, что лечение дало желаемый результат.

В случае, если резорбция возникла вследствие сдавливания новообразованием или неправильно растущим зубом, устраняют причину. Для этого проводят операцию, которая позволяет устранить компрессию.

При заместительной резорбции фактор, вызвавший заболевание, отсутствует, поэтому тактику лечения подбирают индивидуально. Если первопричиной была травма, то усилия направляют на исключение повреждения периодонта. Для этого зуб реплантируют.

Способ лечения всегда зависит от сложности конкретного клинического случая. Стоматолог может прибегнуть к эндодонтическому лечению, чтобы очистить и загерметизировать корневые каналы. При очень сильной резорбции может быть показано удаление зуба.

На ранних стадиях внешней резорбции, когда пораженная область еще мала, стоматолог-хирург может обнажить ее, выполнив на десне небольшой разрез, и удалить инфицированные ткани.

И еще ряд рекомендаций - для пациентов. Избегая инфекций и травм, вы сможете предотвратить резорбцию

зуба. Во время занятий спортом надевайте защитную капу, дважды в день чистите зубы с помощью зубной пасты, насыщающей эмаль кальцием, ежедневно пользуйтесь зубной нитью и РЕГУЛЯРНО ПОСЕЩАЙТЕ СТОМАТОЛОГА для профилактических осмотров и профессионального очищения зубов.

Литература

1. Аганов Д.С. Роль цитокиновой системы rankl/rank/ opg в регуляции минерального обмена костной ткани / Аганов Д.С., Тыренко В.В., Цыган Е.Н., Топорков М.М., Бологов С.Г. // Гены & Клетки: Том IX. - 2014 г.- №4.- С. 50-52.
2. М.В.Берхман. Внутренняя резорбция зубов: современные возможности в диагностике и лечении / Берхман М.В., Батюков Н.М., Чибисова М.А., М.Г.Ступин, И.А. Морева, Е.Л.Пушкарева // Институт Стоматологии. - 2016. - №4 (73). - С. 40 - 43.
3. Гутман Дж.Л., Цумша Т.С., Ловдэл П.Э. Решение проблем в эндодонтии:Профилактика, диагностика и лечение / пер. с англ. - М., 2008. - С. 321-346.
4. Calişkan M.K., Türkün M. Prognosis of permanent teeth with internal resorption: a clinical review. - Dental Traumatology, 1997, vol. 13, no. 2, pp. 75-81.
5. Gabor C., Tam E., Shen Y., Haapasalo M. Prevalence of internal inflammatory root resorption. - Journal of Endodontics, 2012, vol. 38, no. 1, pp. 24-27.
6. Levin L, Trope M. Root Resorption. In: Hargreaves KM, Goodis HE, eds. Seltzer and Bender's Dental Pulp. Chicago, IL: Quintessence Publishing Co Inc; 2002: 425 – 448.
7. Silveira FF, Nunes E, Soares JA, Ferreira CL, Rotstein I. Double 'Pink Tooth' Associated with Extensive Internal Root Resorption After Orthodontic Treatment: A Case Report. Dent Traumatol 2009; 25: 43 –47.
8. Patel S, Ricucci D, Tay F. Internal Root Resorption: A Review. J Endod 2010; 36: 1107 – 1121.
9. Trope M. Luxation injuries and external root resorption - etiology, treatment, and prognosis. - Journal of the California Dental Association, 2000, vol. 28, no. 11, P. 860-866.

Кукушкин В.Л., Никулина В.Ю., Кукушкина Е.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЛОКОННЫХ ЛЕНТ
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Введение. Появление современных композиционных материалов и адгезивных систем, позволило расширить спектр предоставляемых услуг по оказанию специализированной, квалифицированной помощи пациентам.

Такие возможности появились благодаря созданию материалов, на основе скрепленных специальными составами полимерных, стеклянных, керамических и углеродных волокон. Данные материалы нашли широкое применение в самолето-, ракето- и кораблестроении. т.е. в отраслях, где необходимо выдерживать огромные нагрузки на разрыв, сжатие и изгиб.

В стоматологии используют 5 видов волоконных материалов:

1. Арамидное волокно.
2. Полиэтиленовое волокно.
3. Углеродное волокно.
4. Стекловолокно.
5. Шелк.

Наибольшую популярность приобрели полиэтиленовое волокно и стекловолокно.

Полиэтилен — полимер этилена (этена). Полиэтиленовые волокна предварительно обработаны радиочастотной оксидационной холодной плазмой. Необходимо отметить, что модуль эластичности полимерного волокна (в отвержденном состоянии) составляет 21-23 ГПа, т.е. этот показатель близок к модулю эластичности зубного дентина (18-22 ГПа). Вероятность возникновения зон напряжения внутри зуба при применении предлагаемого материала сводится, таким образом, к нулю.

Для применения в стоматологии выпускается промышленностью в виде лент: Ribbond (Ribbond Inc.), Connect (Kerr), DVA (Dental Ventures of America).

Стекловолокно (стеклоткань) — волокно из тонких стеклянных нитей. В такой форме стекло не бьется, не лома-

ется и гнется без разрушения. Изготавливают стекловолоконно из расплавленной стеклянной массы, протянутой через мельчайшие отверстия — фильеры. Оно имеет микроскопический диаметр — около 10 мкм, очень высокую прочность, способную достигать 2000 МПа.

Представителями стекловолоконных лент, применяемых в стоматологии являются: Glasspan (Glasspan Inc.), Glassarm (Россия), Fiber-SplintML (Polydentia), Армос-плинт (Владмива), Glass Chords (Pharmacare Global Company FZ. E., ОАЭ).

Основные показания к применению волоконных систем в стоматологии:

1. Адгезивное шинирование подвижных, реимплантированных или поврежденных зубов.
2. Изготовление адгезивно-волоконных мостовидных протезов.
3. Восстановление коронковой части зуба.
4. Постортодонтическая ретенция.

1. Адгезивное шинирование подвижных, реимплантированных или поврежденных зубов.

Иммобилизация подвижных зубов является обязательной процедурой в комплексном лечении заболеваний пародонта, а также в лечении травм. Изготовление адгезивных конструкций прямым способом осуществляется непосредственно в полости рта. Непрямой способ изготовления шины проводится в лабораторных условиях на моделях.

Различают два основных вида шинирования:

1. Экстракоронарное - без препарирования твердых тканей зуба. Применяется при подвижности зубов I степени и для изготовления временных шин. Для этого поверхность эмали обрабатывается абразивным инструментом с целью удаления беспризмленного слоя и протравливается кислотой для создания микрошероховатости.
2. Интракоронарное - шинирование с препарированием твердых тканей зуба. Применяется при подвижности зубов II - III степени. На оральной, вестибулярной поверхностях фронтальной группы зубов и на ок-

клюзионной поверхности боковых зубов формируют углубления (бороздки) глубиной 1,5–2 мм, в которые укладывается волоконная лента. Сверху конструкция «запечатывается» композиционным пломбирочным материалом.

Адгезивное шинирование имеет ряд положительных сторон:

- надежная стабилизация зубов в течение длительного периода времени
- при прямом методе процедура проводится в одно посещение
- иссекается минимальный объем твердых тканей зуба
- высокие эстетические показатели
- малый объем конструкции не создает дискомфорта
- межзубные промежутки могут оставаться открытыми, что не нарушает условия проведения гигиены полости рта.

2. Изготовление адгезивно-волоконных мостовидных протезов.

Применяется для восстановления целостности зубного ряда после удаления зуба. Замещение отсутствующего зуба возможно с использованием пластмассовых заготовок, удаленного естественного зуба или изготовление из композиционных пломбирочных материалов. При наличии хорошего доступа к рабочей зоне реставрация может быть изготовлена прямым способом – непосредственно в полости рта. На опорных зубах формируется площадка, которая соответствует ширине ленты, по глубине – 1-2 мм (немного углубляется в дентин). Острые углы сглаживаются мелкозернистыми борами. Длину ленты можно измерить с помощью фольги или зубной нити, которые предварительно укладываются в сформированные площадки от одного зуба до другого, при этом не выходя за пределы площадок. Волоконная лента отрезается такой длины, как кусочек фольги или зубной нити. Изоляция операционного поля обеспечивается применением валиков, ретракторов, слюноотсосов, жидкого раббердама. Проводится адгезивная подготовка площадок опорных зубов по общепризнанной методике.

На поверхности, покрытые бондом наносится тонкий слой жидкотекучего композиционного материала (не засвечивается). При помощи пинцета укладывается волоконная лента, начиная с дистальной площадки по направлению к мезиальной. Каждый участок армирующей волоконной ленты полимеризуется отдельно. Для повышения прочности конструкции возможно изготовление второго слоя волокон, который укладывается параллельно первому с применением текучего композита. С применением контурных матриц, клиньев из композиционного материала послойно моделируется анатомическая форма опорных зубов и промежуточной части адгезивного мостовидного протеза. Промежуточная часть предполагает изготовление промывного пространства между искусственным зубом и десной.

3. Восстановление коронковой части зуба.

Для улучшения фиксации, повышения прочностных и эстетических качеств реставрации зуба мы разработали и применяем методику, основанную на применении арматуры из полимерной фотополимеризуемой ленты. Данный метод может применяться в зубах с разрушением коронки до 2/3.

Производится препарирование кариозной полости с формированием отвесных боковых стенок, служащих площадками для прикрепления краев ленты. Измеряется необходимая длина ленты с помощью зубной нити (флосса). Для этого нить укладывается в виде кольца по периметру кариозной полости и обрезается. Длина извлеченной нити переносится на полимерную ленту, отрезается полоска заданной длины. Затем полимерная лента укладывается в кариозную полость по периметру и адаптируется таким образом, чтобы получилось кольцо. Для этого один край ленты пропитывается фотоадгезивом, наносится порция жидкотекучего композита на боковую стенку полости, прижимается край ленты к стенке и вдавливается в композит, полимеризуется. Край ленты оказывается прикрепленным к боковой стенке полости. Аналогично проводится фиксация второго края ленты, прижимая его к стенке полости с нанесенным композитом, и засвечивается.

Таким образом, получается кольцевая арматура, условно состоящая из двух частей. Первая (фиксированная)

часть кольца прикреплена к сохранившимся боковым стенкам зуба, вторая (свободная) часть создает каркас для будущей реставрации.

На основе полученной арматуры проводится дальнейшее восстановление коронки зуба композиционным пломбирочным материалом по стандартной методике.

Волоконные ленты применяются и для восстановления сильно разрушенных депульпированных зубов. При этом лента может быть фиксирована в корневом канале. Проводится изоляция операционного поля (коффердам). Распломбировка корневого канала идет на глубину, которая соответствует высоте коронки будущей реставрации. Проводится адгезивная подготовка корневого канала, которая включает в себя следующие этапы:

- протравливание стенок корневого канала 37%-ной ортофосфорной кислотой в течение 15 с.
- промывание корневого канала
- высушивание канала при помощи бумажных штифтов
- внесение адгезивной системы, втирание в дентин канала при помощи аппликаторов (обязательно соблюдать инструкцию по применению)
- удаление излишка адгезивной системы при помощи бумажных штифтов
- полимеризация.

Далее необходимо провести выбор и подготовку армирующего материала. Чаще всего для этого применяют ленты шириной 2 мм, для широких корневых каналов – 3 мм. Длина ленты должна быть примерно в 6 раз больше высоты коронки реставрируемого зуба. Лента покрывается тонким слоем адгезива. С помощью шприца или тонкой канюли осуществляется непрерывное заполнение корневого канала композиционным материалом двойного отверждения с повышенной текучестью и продолжительной величиной рабочего времени (Например, Nexus 2, Kerr\Sybron). Лента укладывается пополам и с помощью уплотнителя гуттаперчи вводится в корневой канал до дна подготовленной полости. Остатки ленты еще раз укладываются пополам. Петли формируют таким образом, чтобы их форма соответствовала

культе реставрируемого зуба. Полимеризация армированной пломбирочным материалом культуры осуществляется в течение 60 секунд. Далее проводится окончательное формирование культуры зуба композиционным пломбирочным материалом обычной пакуемости, с последующим покрытием зуба искусственной коронкой.

4. Постортодонтическая ретенция

Для закрепления результатов ортодонтического лечения применяются ортодонтические ретейнеры. В качестве которых нашли свое применение стекловолоконная или полиэтиленовая ленты. Так, например, у волоконной системы на основе полиэтилена имеется специальная ортодонтическая лента шириной 1 мм (Ribbond). Этапы работы такие же, как при экстракоронковом шинировании зубов.

Выводы. Описанные методы применения волоконных лент позволяют сохранить значительное количество твердых тканей зуба, с высокими прочностными и эстетическими требованиями. Внедрение вышеописанных методов направлено на расширение возможностей врачебного подхода при лечении патологии твердых тканей зубов, болезней пародонта, травм.

Литература

1. Казеко Л. А., Борисеева О. А., Барановская М. С. Волоконные системы в терапевтической стоматологии: Учебно-методическое пособие. - Минск БГМУ, 2010. – 17 с.
2. Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А., Никулина В.Ю. Способ реставрации коронки зуба / Патент RU № 2479278, С2 А61С 5/08. – Опубл. Бюлл. от 20.04.2013. – Заявка № 2011128935/14 от 12.07.2011.
3. Луцкая И.К., Лопатин О.А. Использование стекловолоконной ленты в клинике терапевтической стоматологии. – Институт стоматологии. - 2011. - №2. – С. 92-93.
4. Луцкая И.К., Новак Н.В. Адгезивное шинирование подвижных зубов // Новое в стоматологии. – 2010. - №4. – С. 1-4.
5. Поликушин О.В., Ковалева Е.И., Глинская Е.И., Фирсаков С.А., Вещева Ю.Г. Новый взгляд на исследование проблемы шинирования зубов. Усиливающие волокна для шинирования зубов. Преимущества техники и материалов «RIBBOND» // Новое в стоматологии. – 2005. - №7. – С. 79-82.

**Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А.
МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ЭНДОДОНТА ПРИ РАЗЛИЧНОМ
ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА
И ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Проблеме эндодонтического лечения зубов при различных формах апикального периодонтита уделяется большое внимание. В настоящее время считается доказанным факт, что хронический апикальный периодонтит (ХАП) вызывают микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, исходящие из системы корневых каналов (КК). Многие авторы отмечают, что в эндодонте создаются благоприятные условия для роста многих видов условно - патогенных аэробных и анаэробных микроорганизмов [1, 3, 5].

Установлено, что особые условия среды КК стимулируют избирательный рост анаэробных видов бактерий, и чем продолжительнее инфицирование КК, тем более преобладают представители таких групп бактерий, как порфиромонады и превотеллы (по устаревшей номенклатуре-бактероиды), фузобактерии, извитые формы, а также пептострептококки [3, 4].

Помимо указанных микроорганизмов, в полости эндодонта могут обнаруживаться различные виды грибов рода *Candida* и простейшие. Показано, что в случаях, резистентных к стандартной терапии, в корневых каналах обнаруживали (часто в виде моноинфекции) актиномицеты, грибы *Candida albicans*, а также *Enterococcus faecalis* [3, 5].

Однако данных, как меняется спектр микрофлоры в динамике лечения процесса, крайне мало. Так, в исследовании Sundqvist было показано, что обострение ХАП практически в 100% случаев обусловлено бактероидами [8]. Более поздние исследования других авторов показали, что при обострении действуют ассоциации анаэробов [6, 7].

Цель: выявить спектр анаэробной микрофлоры эндодонта зубов с деструктивными формами ХАП при хроническом течении процесса и при его обострении, а также в процессе временной obturации КК.

Материалы и методы. Для достижения цели проведены клинические и микробиологические исследования 56

лиц с деструктивными формами хронического периодонтита (80 корневых каналов), в возрасте от 20 до 45 лет, без выраженной соматической патологии.

Для достижения цели исследования пациенты были разделены на две группы:

1. 41 пациент с хроническим течением апикального периодонтита (53 канала);
2. 15 пациентов с обострением хронического деструктивного периодонтита (27 каналов).

Указанные диагнозы ставили на основании клинической (жалобы, анамнез, данные объективного обследования) и рентгенологической картины заболевания. При рентгенологическом обследовании у всех пациентов определялся очаг деструкции костной ткани в области апекса с неровными и нечеткими контурами, что соответствовало диагностическим критериям хронического гранулирующего периодонтита.

Обострение процесса диагностировали при наличии самопроизвольных болей, боли при накусывании на причинный зуб (чувство «выросшего» зуба), отека и гиперемии слизистой оболочки в проекции зуба.

Методика получения генетического микробного материала заключалась в препаровке кариозной полости (или удалении постоянной пломбы и остатков корневой пломбы), изоляции причинного зуба коффердамом, промывании коронарной полости стерильным физ. раствором. Далее Н-файлом инструментальными движениями в КК создавали суспензию инфицированного материала, которую забирали стерильным бумажным штифтом. Штифты после пропитывания помещали в пробирку с питательной средой «ДНК-Экспресс» для последующей транспортировки в лабораторию.

Идентификацию анаэробных микроорганизмов до лечения и после временной obturации КК проводили путем ПЦР-анализа в лаборатории молекулярной генетики Читинской ГМА наборами реагентов для обнаружения ДНК следующих микроорганизмов: *Porphyromonas endodontalis*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum* (палочка Плаута), *Candida albicans* и *Enterococcus faecalis*.

Полученные данные обработаны статистически: для сравнения относительных величин использовали метод расчета критерия χ^2 Пирсона с оценкой достоверности различий (p). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Абсолютно преобладающим микроорганизмом КК обеих групп можно назвать *Fusobacterium nucleatum*: в 1 группе она была обнаружена в 45 пробах (84,9%), во второй группе - в 22 (81,5%; $p \geq 0,05$).

Следующими по частоте встречаемости были пигментообразующие *Porphyromonas endodontalis* (26 проб; 49,0%), и *Prevotella intermedia* – в 23 (43,4%), в ассоциации - в 15 случаях (28,3%).

У больных с обострением 16 проб (59,3%; $\chi^2=2,87$, $p < 0,05$) содержали порфиромонады, и в 12 - превотеллы (44,4%; $\chi^2=0,79$, $p \geq 0,05$).

Возможно, что данные бактериоиды являются синергистами, так как в 7 пробах (25,9%) они выявлены одновременно.

Грибы *Candida albicans* определены у 13 пациентов первой группы (24,5%) и у 4 пациентов второй группы (14,8%; $\chi^2=4,80$, $p < 0,05$). Обращает внимание, что грибы отсутствовали у больных с бактериоидами, что свидетельствует об их антагонизме, и слабом влиянии на возникновение обострения процесса.

Enterococcus faecalis был обнаружен у 8 пациентов первой группы (15,1%), и не встретился при обострении процесса. Это позволяет подтвердить данные других авторов о его редком обитании в системе КК.

После однократной временной obturation пастой «Метапекс» частота выявления фузобактерий снизилась до 67% ($p < 0,05$).

Порфиромонады и превотеллы после контакта с «Метапексом» выявлены в 26,9% случаев ($p < 0,05$).

Грибы рода *Candida* обнаружены после временной obturation у 5 (9,4%, $p \geq 0,05$) первой группы, и в 2 КК второй группы.

Enterococcus faecalis был обнаружен у 3 больных (8,6%), однако именно у этих пациентов частота выявляемости энтерококка не изменилась вообще, т.е. инфекция была полностью резистентной к лечебной пасте.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Фузобактерии являются постоянными обитателями системы эндодонта при ХАП, независимо от формы и течения процесса. Однократное введение в систему КК пасты «Метапекс» слабо подавляет фузобактерии. Очевидно, что более показанными являются пасты, содержащие метронидазол (Метрозоль, Гриназоль).
2. Пигментообразующие порфиромонады играют существенную роль в развитии обострения хронического периодонтита, особенно в ассоциации с превотеллами. Данные микроорганизмы достаточно чувствительны к антисептическим компонентам лечебной пасты, однако желательное повторное введение, так как первая порция практически не стерилизует КК.
3. Грибы рода *Candida* и *Enterococcus faecalis* в КК высоко резистентны к действию «Метапекса».

Литература

1. Адамчик А.А. Сравнительная характеристика препаратов для временного пломбирования корневых каналов при лечении апикального периодонтита / А.А. Адамчик // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2016. - № 2. - С.120-123.
2. Кукушкин В.Л. Анаэробная микрофлора эндодонта при хроническом апикальном периодонтите / В.Л. Кукушкин, А.А. Дутова, Е.А. Кукушкина, М.В. Смирницкая // Эндодонтия today. - М. - 2017. - № 1. - С.13-15.
3. Митронин А.В. Особенности контаминации экосистемы корневых каналов на этапах эндодонтического лечения острого периодонтита / А.В. Митронин, В.Н.Царев, Е.Я.Ясникова, Д.А.Черджиева // Эндодонтия today.-№1. - 2008. - С.26-32.
4. Мозговая Л. А. Микрофлора корневых каналов зубов в динамике лечения хронических форм апикального периодонтита /Л.А.Мозговая, И.И. Задорина, Л.П. Быкова, А.П. Годовалов // Саратовский научно-медицинский

- журнал. - 2013. - Т. 9, № 3. - С. 447-449.
5. Gomes B, Drucker D, Lilley J Association of specific bacteria with some endodontic signs and symptoms. Int Endod J 27(6): 291, 1994.
 6. Siqueira JF Jr, Rjcas IN, Oliveira JC, Santos KR. Molecular detection of black-pigmented bacteria in infections of endodontic origin. J Endod 2001 Sep; 27(9): p.563-566.
 7. Siqueira JF Jr, Rjcas IN, Souto R, de Uzeda M, Colombo AP. Actinomyces species, Streptococci, and Enterococcus faecalis in primary root canal infections .J Endod 2002 Mar; 28(3): 168-72.
 8. Sundqvist GK, Figdor D, Persson S, Sjogren U. Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative retreatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 85:86, 1998.
 9. Sundqvist GK. Taxonomy, ecology and pathogenecity of the root canal, Oral Surg., 1994, 78, p.522.

Авторы выражают свою сердечную признательность всем коллегам терапевтического отделения №1 Клиники Читинской ГМА, помогавшим в наборе клинического материала исследования!

Лхасаранова И.Б., Пинелис Ю.И.
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО
ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Заболевания пародонта - одна из наиболее распространенных и сложных патологий в стоматологической практике. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), функциональные расстройства зубочелюстной системы, обусловленные потерей зубов от заболеваний пародонта, развиваются в 5 раз чаще, чем при осложнениях кариеса [1, 2, 3, 4, 5]. Здоровый пародонт встречается лишь в 2-10% наблюдений, а его воспалительные заболевания выявляются у 90-95% взрослого населения [1, 6]. Среди всех воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области особое место отводится хроническому генерализованному пародонтиту, который представляет серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему [7, 9, 10, 11, 14].

Лечение хронического генерализованного пародонтита до настоящего времени оставляет желать лучшего, из-за его длительности и сложности, а также коротких периодов ремиссии и др. [1, 8, 12].

Цель исследования. Повысить эффективность терапии хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести у людей молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Нами обследовано 60 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в возрасте от 25 до 60 лет, находившихся на лечении в стоматологическом отделении №1 клиники ФГБОУ ВО ЧГМА. У них диагностирована средняя степень тяжести хронического генерализованного пародонтита. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц, не имевших на момент обследования острых и хронических заболеваний пародонта.

В 1-ую группу клинического сравнения вошло 15 больных в возрасте 25-44 лет, с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, получающие стан-

дартное лечение; во 2-ую группу клинического сравнения - 15 больных в возрасте 45 - 60 лет, с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести получающие стандартное лечение; в 3-ю группу клинического сравнения - 15 больных в возрасте 25-44 лет, с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, получавшие Кортексин в комплексе стандартной терапии; в 4-ую группу клинического сравнения - 15 больных в возрасте 45 - 60 лет, с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, получавшие Кортексин в комплексе стандартной терапии.

Для изучения состояния пародонта использовали: упрощенный индекс гигиены полости рта (ОИ-S) по Green-Wermillion (1964); пародонтальный индекс CPITN (индекс ВОЗ, 1982); пародонтальный индекс (PI) по Russel (1956); оценку кровоточивости десен по Мюллерману (1971) в модификации Коуэлла (1975); определение глубины пародонтальных карманов по А.И. Лампусовой (1980); определение патологической подвижности зубов по А.И. Евдокимову (1975). В качестве инструментальных методов обследования проводили зондирование пародонтальных карманов и измерение их глубины пародонтальным зондом (ВОЗ, 1990) в восьми точках вокруг зуба (две точки в межзубных медиальных и дистальных промежутках и по три точки с вестибулярной и оральной сторон – по центральной оси зуба и медиально и дистально от этой оси). Все методы описаны в монографии А.И. Грудянова [1].

Стандартное лечение включало больных с ХГП включало: обучение гигиене полости рта; проведение профессиональной гигиены и санации полости рта; антисептическую обработку тканей пародонта раствором 0,06% раствором хлоргексидина; наложение нетвердеющей повязки с «Холисал» и аппликации «Метрогил дента» - по 20 минут 2 раза в день в течение 10 дней, Вектор-терапия, озонотерапия, избирательное шлифование, проведение шинирования GlasS-pan. В 3 и 4 клинической группе в дополнение к комплексному лечению добавлено применение Кортексина (в дозе 10 мг курс 10 дней, внутримышечно).

Статистическую обработку проводили в программе «StatSoft Statistica 10.0 Advanced» (StatSoft Ins., США) (Лицензия № AXAR507G794202FA-B). По результатам проведения визуального и количественного анализа по критерию Шапиро-Уилка на соответствие на нормальность распределения, некоторые показатели не подчинялись закону о нормальном распределении. При несоответствии нормальному распределению, согласно рекомендациям А.М. Грижбовского и соавт. (2016) [13], было принято решение проводить медиана-квартильную оценку. При анализе зависимых выборок использовали критерий Вилкоксона, при сравнении независимых выборок – критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. Клиническое обследование стоматологического статуса при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести выявило гиперемию и отек папиллярной и маргинальной десны, кровоточивость при зондировании, наличие пародонтальных карманов от 4,0 до 5,0 мм. У 95 % пациентов имело место скопление мягких и твердых зубных отложений, из карманов отделяемого не наблюдалось. Проба Шиллера–Писарева была положительной в 100% наблюдений, подвижность зубов I–II степени, глубина пародонтальных карманов – 4–5 мм. У 78% обследованных отмечена частичная вторичная адентия; ортопедические съемные и несъемные конструкции более чем в 50% случаев были неудовлетворительными. Значения индексов состояния полости рта и тканей пародонта у больных обеих групп свидетельствуют о нарушениях в зубочелюстной системе (Табл. 1).

Индекс гигиены (ИГ) указывал на неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта, пародонтальный индекс (PI) и индекс кровоточивости (ИК) значительно превышали норму. Значение ОНП-S в группе молодого возраста составило 2,5 балла, у больных среднего возраста – 3,0 балла ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что у молодых больных уровень гигиены несколько лучше.

При рентгенологическом обследовании в 100% случаев определялась деструкция костной ткани: снижение высоты межальвеолярных перегородок до $1/3$ – $1/2$ длины,

остеопорозе и прерывистости компактной пластинки, что соответствовало диагнозу: хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. При постановке диагноза использовали классификацию болезней пародонта, принятую на XVI пленуме Всесоюзного научного общества стоматологов (1983) и одобренную на президиуме одонтологии Российской академии стоматологии (2001).

Таблица 1.

Состояние тканей пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом в возрасте 25-44 года и 45-60 лет (Ме (25-75 °/00))

Показатель	Контроль (n=15)	25-44 года (n=30)	45-60 лет (n=30)
Индекс гигиены	0,5 (0,4; 0,7)	2,5* (2,3; 2,6)	3,0*■ (2,9; 3,1)
КПИ	0,2 (0,1; 0,2)	3,0* (2,8; 3,2)	3,3* (3,1; 3,4)
РМА	0	52* (50; 56)	55* (53; 58)
СРITN	-	5,0* (4,0; 6;0)	6,0* (4,5; 6,5)
Индекс кровоточивости	0	1,6* (1,5; 1;7)	1,8* (1,6; 2,0)

Примечание: n – число обследованных; * - значимость различий по сравнению с контролем (критерий Манна – Уитни); ■ – различия значений между группами; p <0,05.

При изучении стоматологического статуса больных после завершения курса стандартной терапии в возрастной группе 25-44 лет, через 10 дней отмечен положительный клинический эффект. Улучшилось общее состояние и отсутствовал запах из полости рта. Гигиеническое состояние полости рта повысилось на 66,7%, индекс гигиены (ОИ-S) снизился до 1,6 балла, РМА снизился на 58% (после терапии – 22%), КПИ снизился до 1,4, СРITN уменьшился до 3,9, кровоточивость отсутствовала в 61,1% случаев, индекс кровоточивости по Мюллеману-Коуэллу уменьшился до 0,4.

В группе сравнения с применением Кортексина в комплексном лечении после лечения определялось улучшение состояния больных в 65% наблюдений, уменьшение запаха на 78%, индекс гигиены (ОНИ-S) - 1,3 балла, РМА снизился на 71% и был в пределах 15%, КПИ уменьшился до 1,3, СРITN - до 3,5, прекращение кровоточивости в 60% случаев, а индекс кровоточивости по Мюллерману-Коуэллу - 0,2. (Табл. 2.)

У больных в возрасте 45-60 лет при стандартном лечении улучшилось общее состояние больных, запах из полости уменьшился до 65% случаев, прекращение кровоточивости в 50% случаев, ОНИ-S составил 1,6 балла, РМА уменьшилось на 50% и составил 27%, КПИ – снизился до 2,9 балла, СРITN до 4,5, индекс кровоточивости по Мюллерману-Коуэллу соответствовал 1,4.

Таблица 2.

**Динамика показателей состояния полости рта
и тканей пародонта у больных с ХГП средней степени тяжести
в возрасте 25-44 лет, [(Me (25–750/00)]**

Показатель	Контроль (n=15)	Стандартное лечение	Стандартное лечение + Кортексин		
		до лечения (n=15)	после лечения (n=15)	до лечения (n=15)	после лечения (n=15)
Индекс гигиены	0,5 (0,4; 0,7)	2,8* (2,6; 3,0)	1,6** (1,5; 1,7)	2,9* (2,7; 3,0)	1,3** (1,2; 1,4)
КПИ	0,2 (0,1; 0,2)	3,1* (2,3; 3,3)	1,4** (1,2; 1,6)	3,0* (2,8; 3,2)	1,0** (0,9; 1,1)
РМА	0	52* (50; 56)	22** (20; 24)	53* (51; 55)	15** (13,2; 16,1)
СРITN	-	5,0* (4,0; 6;0)	3,9*• (3,5; 4,1)	5,0* (4,0; 6;0)	3,5*• (2,9; 3,7)
Индекс кровоточивости	0	1,6* (1,5; 1;7)	0,4*• (0,2; 0,5)	1,6* (1,5; 1;7)	0,2*• (0,1; 0,3)

Примечание: n – число обследованных; * - значимость различий по сравнению с контролем (критерий Манна – Уитни); • - различия значений по сравнению с

исходным уровнем; ■ – различия значений между вариантами лечения; $p < 0,05$.

Положительный клинический эффект был более выражен в группе с включением Кортексина в комплекс терапии. Гигиена полости рта улучшилась на 57,1%, ОНІ-S снизился до 1,5 балла, РМА на 58% и достиг значений 22%, КПИ – уменьшился до 2,0, СРІТN до 3,5, прекращение кровоточивости в 52% случаев, индекс кровоточивости уменьшился до 0,9. (Табл. 3).

Таблица 3.

Динамика показателей состояния полости рта и тканей пародонта у больных с ХГП средней степени тяжести в возрасте 45-60 лет, [(Me (25–750/00))]

Показатель	Контроль (n=15)	Стандартное лечение	Стандартное лечение + Кортексин (n=15)		
		до лечения (n=15)	после лечения (n=15)	до лечения (n=15)	после лечения (n=15)
Индекс гигиены	0,5 (0,4; 0,7)	3,0* (2,9; 3,1)	1,6** (1,5; 1,7)	3,0* (2,9; 3,1)	1,5** (1,4; 1,6)
КПИ	0,2 (0,1; 0,2)	3,3* (3,1; 3,4)	2,9** (2,8; 3,0)	3,0* (3,0; 3,3)	2,0** (1,8; 2,2)
РМА	0	55* (53; 58)	27** (24,9; 29)	54* (53; 58)	22** (20; 24)
СРІТN	-	6,0* (4,5; 6,5)	4,5** (5,0; 6,0)	5,9* (4,6; 6,6)	3,5** (2,9; 4,0)
Индекс кровоточивости	0	1,8* (1,6; 2,0)	1,4** (1,2; 1,6)	1,8* (1,6; 2,0)	0,8** (0,7; 0,9)

Примечание тоже, что и к таблице 2

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о распространенности и интенсивности воспалительно-деструктивных изменений в тканях пародонта у больных молодого и среднего возраста с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

Проведенное стандартное лечение, улучшает общее состояние и уменьшает проявление воспаления в тканях па-

родонта, но при этом показатели (ИГ, РМА, КПИ, ИК) остаются на достаточно высоком уровне, указывая на сохранение очагов хронической инфекции. Эффект терапии более выражен в группах с применением Кортексина в комплекс стандартной терапии, что свидетельствует о резервном потенциале местного иммунитета и возможности стимуляции защитных механизмов организма.

Литература

1. Грудянов А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. - М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 336 с.
2. Лукиных Л.М. Хронический генерализованный пародонтит. Часть II. Современные методы лечения и профилактики / Л.М. Лукиных, Н.В. Круглова // Современные технологии в медицине. – 2011. – № 2. – С. 140-142.
3. Микляев С.В. Анализ распространенности хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта / С.В. Микляев, О.М. Леонова, А.В. Сущенко // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 2.
4. Аширбекова Ж.Ж. Наспространенность заболеваний пародонта студентов – медиков / Ж.Ж. Аширбекова // Студенческий: электрон. научн. журн. - 2018. - № 21(41).
5. Улитовский, С. Б. Проблемы пародонтологии и современные пути их решения / С.Б. Улитовский, Е.С. Алексеева, А.А. Васянина // Пародонтология. – 2015. – Т.20. – 3. – С. 33-36.
6. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта / под ред. А.К. Иорданишвили. - М.: МЕДпресс-информ, 2008.
7. Гажва С.И. Качество жизни пациентов с заболеваниями пародонта (обзор литературы). [Электронный ресурс] / С.И. Гажва, Ю.В. Гажва, Р.С. Гулуев // Современные проблемы науки и образования. – 2012. - №4. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/104-6466>.

8. Особенности ортопедического лечения хронического генерализованного пародонтита / Е.Н. Жулев, Е.Е. Щепетнова, М.Ю. Саакян [и др.]. – Маэстро стоматологии. – 2012. – № 46. – С. 48–51.
9. Луцкая И.К. Болезни пародонта / И.К. Луцкая. – М.: Медлит, 2010.
10. Гажва С.И. Клиническая эффективность консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита различными препаратами / С.И. Гажва, Ю.В. Меньшикова // Клиническая стоматология. - 2011. - № 3. – С. 34-36.
11. Макарова Н.А. Структура распространенности болезней пародонта среди взрослого населения г. Казани / Н.А. Макарова, С.Л. Блашкова, А.Г. Сафиуллина // Молодые ученые в медицине: материалы Всерос. науч.-практ. конф. - Казань, 2007. - С. 191-192.
12. Изменение гормонального статуса на фоне лечения быстро прогрессирующего пародонтита // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. - 2018. - №1. - С. 60-64.
13. Гржибовский А. М. Описательная статистика с использованием пакетов статистических программ Statistica и SPSS / А. М. Гржибовский // Наука и Здравоохранение. – 2016. - № 1. – С. 7-23.
14. Лхасаранова И.Б., Пинелис Ю.И. Специфические и неспецифические факторы защиты полости рта в норме и при хроническом генерализованном пародонтите / И.Б. Лхасаранова, Ю.И. Пинелис // Забайкальский медицинский вестник. - 2018. - № 1. - С. 152-163.

**Матафонова В.Ю., Сандакова Д.Ц., Обухова Ю.Г.,
Дабасамбуева А.З.**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОЧИПОВ В СТОМАТОЛОГИИ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Заболевания пародонта являются одной из самых актуальных проблем современной стоматологии. По данным ВОЗ 98% людей во всем мире страдают заболеваниями пародонта, из них 60 - 95% приходится на население трудоспособного возраста (от 20 до 44 лет). В России распространенность патологией пародонта достигает 48-86% людей в возрасте от 20 до 44 лет, но уже к 65 годам у 100% населения Российской Федерации отмечаются те или иные формы заболевания пародонта. [1]

Потеря зубов приводит к функциональным расстройствам зубочелюстной системы в виде нарушения процессов жевания и дикции, заболеваний желудочно-кишечного тракта и приводит к ухудшению общего здоровья и качества жизни.

В полости рта насчитывается многообразие штаммов различных микроорганизмов и доказана их роль в возникновении воспалительных заболеваний пародонта. Основными и особо агрессивными являются так называемые пародонтопатогенные микроорганизмы, такие как *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomicetem comitans* и др.

Для выбора адекватного лечения заболеваний пародонта очень важно на этапе диагностики использовать самые точные методы исследования, такие как система Florida Probe в совокупности с рентгенологическим.

При легких формах гингивита возможно обойтись коррекцией гигиены полости рта, при условии отсутствия местных травмирующих факторов в виде скученности зубов, патологии прикуса, мелкого преддверия полости рта. Чем тяжелее патология тканей пародонта, тем внимательнее подход к выбору лечения. При воспалительно-деструктивных болезнях тканей пародонта особое внимание уделяется этиотропной терапии: проведению профессиональной

гигиены полости рта, устранению местнотравмирующих факторов, обучению индивидуальной гигиене полости рта. В терапии данной патологии широко применяются антибактериальные и антисептические препараты для уменьшения патогенности микроорганизмов зубной бляшки.

К современным инновационным технологиям лечения можно отнести наноматрицу M-chip. Это иммобилизованная система, полученная путем включения действующего вещества мирамистина в полимерный носитель. Роль полимерного носителя выполняет высокоочищенный медицинский желатин на основе гликоля. Также в составе отмечены аланин, аргинин, лейцин, глютаминовая кислота. Выпускается M-chip в виде пластинок, которое вводится в пародонтальные карманы. Действующее вещество в течении 5-7 суток рассасывается, оказывая прямое разрушающее действие на клеточную стенку бактерий путем разрушения фосфолипидов. Молекула мирамистина погружается в бактерию и путем разрыва мембраны изменяет проницаемость клеточной стенки на остальных участках. Вещество показало свое избирательно агрессивное отношение к микроорганизмам, что даже микродозы данного средства подавляют ферментативные системы пораженной клетки при малейшем контакте. [2]

Препарат оказывает антисептическое, гемостатическое, иммуностимулирующее действия, ускоряет репаративные процессы.

В связи с его подавляющим действием на грамположительные, грамотрицательные микроорганизмы, грибы, вирусы герпеса расширяется его спектр применений в стоматологии. Это не только заболевания тканей пародонта, а еще и заболевания слизистой оболочки полости рта, такие как герпетические поражения, красный плоский лишай, эрозии и язвы травматического происхождения, глосситы, альвеолиты, периимплантиты, перикорониты.

Кафедра терапевтической стоматологии и стоматологическое отделение №1 клиники ЧГМА совместно, с большим успехом используют данный препарат при заболеваниях пародонта. Он очень удобен в применении, имеет

различные формы выпуска – треугольную, прямоугольную, овальную. Чип может вводиться в пародонтальный карман, а также на слизистую оболочку полости рта с фиксацией твердеющей повязкой в виде парасепта.



Рис. 1. Микрочип овальной формы

Перед применением обязательно уточняется аллергологический анамнез, при признаках индивидуальной непереносимости – препарат отменяется.



Рис. 2. Введение микрочипа в пародонтальный карман

Таким образом, в связи с огромным спектром возможных применений, следует обратить внимание на данный препарат и убедиться в его эффективности при многих заболеваниях стоматологической направленности.

Литература

1. Современные аспекты этиологии и патогенеза заболеваний пародонта. Е.И. Фукс, Ю.А. Карева, О.А. Гализина, Е.С. Тоболкина // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. -2013, с.153-160
2. Применение М-chip при хирургическом лечении пародонтальных карманов. Е.Н. Ярыгина, А.Е. Кривенцев, Л.В. Варданын, Р.Р. Везиров // Вестник ВолгГМУ. - 2020, с.73.

Монголов Л. Ж. Танганова Э. С., Пинелис И.С.
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СТАЦИОНАРА:
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность проблемы. Повышение качества оказания медицинской помощи представляет собой одним из важнейших особенностей формирования здравоохранения в стране. Знание системы заболеваний, с которыми пациенты обращаются за помощью в условиях стационара, помогает более оптимально создавать оказание медицинской помощи населению в отделении челюстно-лицевой хирургии.

Цель работы. Проанализировать структуру заболеваний челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы и определить наиболее актуальную патологию по эпидемиологической и социально-экономической важности.

Материалы и методы. Проведен анализ 798 карт больных, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы в период с 01.10.20 по 30.11.20 года. В зависимости от диагноза, пола, возраста и сроков лечения пациенты распределены по группам.

Результаты. Анализ статистических данных показал, что наиболее часто в отделение челюстно-лицевой хирургии ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы были госпитализированы лица с одонтогенными воспалительными процессами – 263 (32,9%) больных. В эту группу вошли пациенты с хроническим перикоронитом и/или обострением хронического перикоронита – 135 (51,33%), с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области – 46 (17,49%). На втором месте среди госпитализированных находились пациенты с диагнозом «Возрастные изменения кожи» – 202 (25,31%). Среди них 100% составляли женщины, средний возраст пациенток – 46,8 лет. На третьем и четвертом месте лица с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями головы и шеи – 123 (15,4%), а также с повреждениями мягких тканей и костей лицевого скелета – 121 (15,16%). Среди онкологических заболеваний преобладали кисты челюстей – 70 (57,8%), а среди травм – отмечено наибольшее количество пациентов с переломами нижней че-

лости – 94 (77,68%). Самую малочисленную группу составили больные с зубочелюстными аномалиями – 29 (3,63%). В отдельную группу были выделены пациенты, которым требовались восстановительные операции челюстно-лицевой области - 48 (6,01%) человек.

По продолжительности лечения выделены следующие группы: 1-2 дня пребывали в стационаре – 40 (5,01%) человек, среди них доминируют пациенты с диагнозом периодонтит и с опухолевыми процессами. 3-5 дней – 192 (24,06%) человек. В данной группе преобладали пациенты с возрастными изменениями кожи. Самую многочисленную группу составили пациенты, лечившиеся в стационаре от 6 до 9 дней – 330 (41,35%) человек. У множества из них был диагноз перикоронит и с повреждения челюстно-лицевой области. Необходимо отметить, что очень длительно находились на лечении в стационаре пациенты с абсцессами, флегмонами и травмами челюстно-лицевой области - 10 и более дней. В эту группу вошли 236 (29,57%) пациента.

Заключение. В итоге, изучение данных, приобретенных при исследовании структуры заболеваний направленных в больницу в отделение челюстно-лицевой хирургии ГУЗ “Краевая клиническая поликлиника” г. Читы, дало возможность выявить значительное преобладание (33,02%) пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Поиск новых методик их лечения позволит улучшить оказание помощи пациентам с указанной патологией.

Литература

1. Блинова А. С., Ивонина Н. К., Каргина К. В., Дрегалкина А. А. Частота, структура и динамика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области// Сб. статей IV Международной научно-практ. конф. молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения» 10-12 апреля 2019 г., Екатеринбург. – Том II. – С. 1026-1030.
2. Дрегалкина А. А., Герасимова Л. Д., Чантырь И. В. Частота встречаемости и структура лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи// Проблемы стоматологии. – 2010. – № 4 – С. 40-41.
3. Железный П. А., Кобелкин М. В., Изюмов А. О. Структура и характер воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей// Медицинская наука и образование Урала. – 2017. – Т. 18. – № 2 (90). – С. 91–94

**Монина Е.В., Пузырева Т.Н., Баданина Л.Р.,
Павленко В.М., Бондаренко Л.В., Рыбак О.Г.,
Лучшева Л.Ф., Тармаева С.В.**
**ГРУППОВАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ
И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

*КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 22» МЗ ХК,
КГБУЗ «Городская поликлиника №15, г. Хабаровск
Стоматологическая клиника КГБОУ ДПО «Института повышения
квалификации специалистов здравоохранения», г. Хабаровск.*

Введение. Профилактика стоматологических заболеваний – это предупреждение возникновения и развития заболеваний полости рта.

Внедрение программ профилактики приводит к резкому снижению интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта, значительному уменьшению случаев потери зубов в молодом возрасте и возрастанию количества детей и подростков с интактными зубами. Стоимость профилактических методов, в среднем, в 20 раз ниже стоимости лечения уже возникших стоматологических заболеваний.

Стоматологическая заболеваемость в нашей стране достаточно велика, и следует ожидать дальнейшего ее увеличения, если не будут изменены в благоприятном направлении условия, влияющие на развитие заболевания.

Результаты многочисленных исследований показывают, что интенсивность стоматологических заболеваний (кариеса зубов и болезни пародонта) среди населения России достаточно высока.

Цели и задачи профилактики:

- Уменьшение интенсивности и распространенности кариеса зубов; увеличение количества лиц, не имеющих кариеса.
- Снижение процента лиц, у которых выявлены признаки поражения тканей пародонта; уменьшение количества секстантов с кровоточивостью, зубным камнем и патологическими карманами в ключевой группе в соответствии с индексом нуждаемости в лечении болезней пародонта.

Материал и метод исследования. Методы профилактики кариеса и заболеваний пародонта у детей школьного возраста:

- стоматологическое просвещение;
- обучение правилам рационального питания;
- обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта;
- эндогенное использование препаратов фтора;
- применение средств местной профилактики;
- вторичная профилактика (санация полости рта).

Результаты исследования. Методы стоматологического просвещения – это беседы, лекции, семинары, уроки здоровья, игры и т.д. проводимые в школах.

Методы, предусматривающие заинтересованное участие детей школьного возраста, называются активными.

Преимущество этих методов является непосредственная взаимосвязь и взаимодействие специалиста и детской аудитории, что обеспечивает наилучший эффект воздействия.

Методы, не требующие активного участия детей школьного возраста, называют пассивными. Они не требуют присутствия медицинского работника, воздействуют длительное время и на большую аудиторию. Недостаток – отсутствие обратной связи между детьми школьного возраста и специалистом.

Стоматологическое просвещение в зависимости от количества детей, вовлеченного в просветительскую работу, подразделяют на 3 организационные формы:

- массовая,
- групповая,
- индивидуальная.

Ступени, которые надо преодолеть школьнику для выработки полезной привычки: знание – понимание – убеждение – навык - привычка.

Обучение правилам рационального питания. Питание может влиять на ткани зубов двумя путями: во – первых, во время формирования зуба перед прорезыванием и, во – вторых, после прорезывания.

Для формирования резистентных к кариесу зубов одним из главных условий является полноценное в качествен-

ном и количественном отношении питание беременной женщины, включающее молочные продукты, минеральные вещества, витамины, овощи, фрукты. Большое значение имеет питание в первый год жизни ребенка, когда идет закладка и развитие постоянных зубов.

Возникновению и прогрессированию кариеса зубов у детей школьного возраста способствуют следующие особенности питания:

- высокое содержание в пище легко ферментируемых углеводов, особенно сахара;
- увеличение частоты приема пищи;
- уменьшение употребления пищи, требующей интенсивного жевания, которое приводит к повышению тока слюны и «естественному очищению полости рта»;
- уменьшение потребления пищи, способствующей ингибированию кариесу зубов.

Индивидуальная гигиена полости рта предусматривает тщательное и регулярное удаление зубных отложений с поверхностей зубов и десен самим школьникам с помощью различных средств гигиены.

Основным инструментом для чистки зубов является зубная щетка.

Существует 5 степеней жесткости зубных щеток: очень жесткие, жесткие, мягкие, очень мягкие.

Наиболее широко применяются щетки средней степени жесткости.

Зубочистки предназначены для удаления остатков пищи из межзубных промежутков и зубного налета с боковых поверхностей зубов.

Флоссы предназначены для тщательного удаления зубного налета и остатков пищи с труднодоступных для щетки контактных поверхностей зубов.

Поступление фторида в эмаль зубов увеличивает ее резистентность к кислотной деминерализации за счет образования более устойчивых к растворению структур.

Зубные пасты, содержащие в своем составе фосфаты кальция, натрия, глицерофосфаты кальция и натрия, глюконат кальция, окись цинка, обладают выраженным противокариозным действием.

Зубные эликсиры предназначены для ополаскивания полости рта. Они улучшают очищение поверхностей зубов, предупреждают образование зубного налета, дезодорируют полость рта.

Эндогенные методы применения фторидов.

Применение соединяющих фтора профилактики кариеса зубов можно условно разделить на два основных способа:

- системный (эндогенный) – поступление фторидов в организм с водой, солью, молоком, в таблетках или каплях;
- местный (экзогенный) – использование растворов, гелей, зубных паст, лаков.

Средства для местного применения.

Фторидсодержащие лаки.

Их используют для пролонгирования периода воздействия фторидов на эмаль. Они образуют прилегающую к эмали пленку, остающуюся на зубах в течении нескольких часов, а в фиссурах, щелях и микропространствах – несколько дней и даже недель.

Средняя редукция прироста кариеса при применении лака составляет 50%.

Фторсодержащие растворы и гели.

Используют препараты с высокой концентрацией фторида натрия (2% раствор фторида натрия).

Эффективным реминерализующим препаратом является «Ремодент», используемый в виде раствора для аппликации и зубной пасты.

Герметики для запечатывания фиссур зубов.

Назначение герметиков заключается в создании физического барьера, предотвращающего попадание в ретенционные участки эмали микроорганизмов ротовой полости и конечных продуктов их жизнедеятельности. Контроль за постановкой герметика осуществляется в следующие сроки: через неделю, месяц, полгода и год.

Заключение. Так как интенсивность основных стоматологических заболеваний среди взрослого населения России достаточно высока, огромное значение имеет знание и проведение профилактических мероприятий у детей.

В стоматологическом просвещении, помимо врачей – стоматологов, должны участвовать психологи, педагоги и другие специалисты по обучению.

Целесообразно начинать мотивацию с педагогов и медицинских работников школ.

Следует организовать встречи с родителями детей, объяснить им возможность предотвращения заболеваний зубов и десен, рассказывать о правилах и особенностях чистки зубов у детей.

Важным этапом является мотивация детей. Занятия с детьми должны быть строго дифференцированы в зависимости от их возраста: если с маленькими детьми лучше проводить занятия в форме игры, то старшими разговаривать надо так же, как с взрослыми.

При отсутствии программ профилактики на популяционном уровне относительно невысокая поражаемость зубов кариесом и легкая степень заболевания пародонта у детей и подростков переходит у взрослых в достаточно тяжелую форму, что в свою очередь, приводит к увеличению потребности в терапевтическом, хирургическом и ортопедическом лечении.

Литература

1. Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: сборник научных трудов Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград: ООО «Бланк», 2009 г. – 232 с.
2. Васина С.А. Роль гигиены полости рта в профилактике кариеса зубов и гингивитов у младших школьников. – М.: «Медицина», 2006 г. – 6 с.
3. К проблеме профилактики кариеса зубов /Е.В. Боровский, А.А Прохончуков, А.В. Гранин, В.С. Воробьев// Поражение твердых тканей зуба. – М.: «Медицина», 2006 г. – 316 с.
4. Кузьменко Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М.: «Медицина», 2007 г. – 385 с.

Нуриева Н. С. , Кипарисов Ю. С., Галонский В. Г.,
Чернов В. Н.

**ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ЦИФРОВЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОТОКОЛОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ
СОПРОВОЖДЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
ПОЛОСТИ РТА**

*ФГБОУ ВО Южно-уральский государственный медицинский университет,
г. Челябинск;*

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск;*

*Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск*

Введение. Злокачественные новообразования полости рта составляют около 1,5% от всех опухолей у человека. Встречаются у мужчин чаще всего в возрасте 40–60 лет и в 4 раза чаще, чем у женщин [3, 10, 14, 26]. Динамика числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака слизистой оболочки полости рта, глотки за 2012–2018 гг. (последние пять лет) стремится к увеличению [2, 19, 16, 23]. Данная локализация занимает 2 место по темпам прироста в структуре всей онкологической заболеваемости. При этом около 90% больных оказываются в возрастном интервале от 30 до 59 лет, то есть это пациенты работоспособного возраста [1, 22, 25, 27]. Заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта в структуре онкологической патологии занимает 6 место среди больных мужского пола и 8–9-ое место – у женщин [4, 8, 24]. Несмотря на так называемую визуальную локализацию 60–70% больных начинают специальное лечение в III–IV стадиях заболевания [5, 7, 21]. Фактически 100% данной категории пациентов необходима стартовая и финишная стоматологическая помощь, как на этапах противоопухолевой терапии, так и в аспекте последующей реабилитации [6, 9, 20]. Зачастую в связи с развившимися осложнениями противоопухолевой терапии провести аналоговые стоматологические манипуляции представляется весьма затруднительным. Например, развитие контрактуры челюстей, затрудняет возможность снятия

оттисков для изготовления протезов [11, 18]. При этом следует отметить, что гипсовые модели по сравнению с цифровыми аналогами, несут большую погрешность, что отражается на точности посадки хирургических шаблонов [2, 17].

Цель исследования. На основе годового анализа стоматологического сопровождения и реабилитации пациентов с верифицированным диагнозом злокачественного новообразования полости рта, определить возможности внедрения цифровых технологий для увеличения эффективности лечения, повышения качества стоматологической реабилитации, и улучшения социальной адаптации данной категории больных.

Материалы и методы. В течение годового исследования, в условиях Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины (г. Челябинск), было обследовано 16 пациентов с верифицированным диагнозом рака слизистой оболочки полости рта. Всем пациентам проведено комплексное лечение по поводу основного заболевания. Всем пациентам оказана специализированная стоматологическая помощь на этапах и при необходимости после окончания лечения онкологического заболевания. Полученные данные статистически обработаны при помощи программы SPSS Statistics 17.0.

Распределение опухолевого процесса по стадиям во всех случаях, классически проводилось по классификации TNM. Для наглядности, согласно принципам этой классификации, категории TNM представлены на рис. 1 и рис. 2. Обращает на себя внимание процент ранней диагностики, так стадия T1 определялась в 43,1%, T2 – 25%, T3 – 15,3%, T4 – 16,6%. Так же наличие регионарного метастазирования N0 – 87,7%, N1 – 8,2%, N2 – 2,7%, N3 – 1,4%. При исследовании структуры пациентов по M (отдалённые метастазы), все пациенты вошедшие в исследование 100% M0. Все приведённые данные свидетельствуют об эффективности мероприятий направленных на онконастороженность врачей первичного звена, в том числе стоматологического профиля.

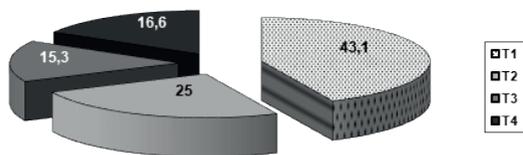


Рис. 1. Структура по размерам первичного очага (Т), классификация TNM (в % к итогу).

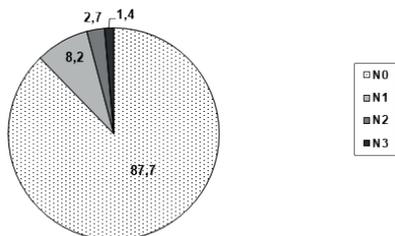


Рис. 2. Структура по наличию региональных метастазов N (в % к итогу).

Совокупность выше приведённых данных по стадийности первичной диагностики злокачественных новообразований полости рта, наглядно демонстрирует рис. 3, характеризующих распределение пациентов по стадиям процесса на момент обращения в Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины.

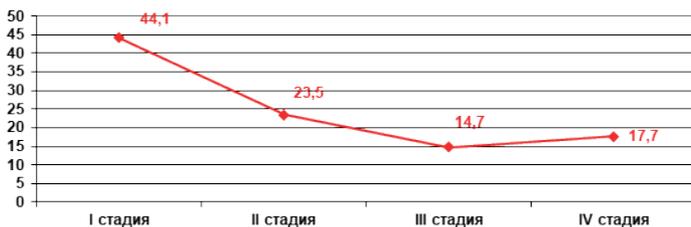


Рис. 3. Распределение пациентов по стадиям злокачественного процесса (в % к итогу).

Локализация новообразований оро-фарингеальной зоны в обследуемых нами группах представлена на рис. 4 и была следующей: дно полости рта было – 12,1%, языка – 43,9%, верхней челюсти – 1,5%, нижней челюсти – 12,1%, слизистой оболочки щеки – 1,5%, губы – 43,9%. Обращает на себя внимание высокая локализация в максимально доступных для обзора органах (губа и язык). Что так же указывается рядом авторов проведённых исследований [12, 15].

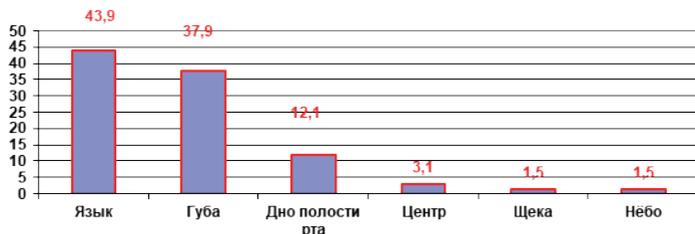


Рис. 4. Распределение пациентов по локализации выявленных злокачественных новообразований (в % к итогу).

Стоматологическая помощь была оказана 100% пациентам и заключалась в следующем. При планировании хирургического этапа лечения, важным моментом было определение объёма резекции костных структур лицевого скелета. Этот этап необходим как для хирургов, так и для стоматологов, поскольку это влияет на определение конструкции протеза (при необходимости его изготовления). Это могут быть как резекционные, так и фиксирующие шины-протезы. Так на этапе планирования определяется количество и расположение фиксирующих элементов. Необходимо отметить, что помимо вмешательства на костных структурах, все резекции сопровождались удалением фрагмента мягких тканей. Для этапа планирования, в стоматологическом сопровождении возможны, как цифровые так и аналоговые методы. При проведении аналогового метода сопровождения, перед операцией изготавливались гипсовые модели, на основе которых формировались границы будущей резекции и при необходимости аналоговым методом изготавливались резекционные пластины (рис. 5).



Рис. 5. Гипсовая модель и протез-обтуратор, изготовленные аналоговым методом.

При использовании цифровых методик планирования, сначала пациенту проводилось дополнительное исследование – конусно лучевая компьютерная томография на конусно-лучевом томографе Planmexka. Файлы в формате DICOM обрабатывались для выделения костных и зубных структур и в дальнейшем производилась 3D печать в принтере formlabs 2 в полную анатомию (рис. 6).



Рис. 6. Модель в полную анатомию напечатанная на 3D принтере.

В данном случае изготовленная цифровая модель помогает хирургам определиться с возможностью проведения, как непосредственно операционных так и восстанавливающих манипуляций, а стоматологам более точно смоделировать необходимый ортопедический формирователь или резекционную пластину.

На 10–14 сутки после операции пациентам при необходимости изготавливали формирующий протез, частично замещавший послеоперационную полость и несущий на себе

отсутствующий зубной ряд. В данном случае так же возможен цифровой и аналоговый подход. Дополнительным осложнением, с которым может столкнуться врач-стоматолог на этом этапе, это развитие послеоперационных контрактур, они ограничивают открывание рта, что затрудняет снятие аналоговых оттисков с качественным отображением протезного ложа. При проведении стандартной процедуры оттиск снимается стандартной ложкой, затем на гипсовых моделях техник изготавливают индивидуальную ложку, которой снимается более чёткий и корректный слепок. Вновь отливаются гипсовая модель, на которой происходит изготовление формирующего протеза (рис. 7).



Рис. 7. Индивидуальные ложка и оттиск полученные аналоговым методом.

При цифровом подходе, возможно сканирование протезного ложа с помощью внутри ротовых сканеров, благодаря небольшому размеру сканирующей камеры его можно применять при ограничении открывания рта с возможностью проснимать большие границы протезного ложа. В нашей работе мы использовали внутриротовой сканер CEREC. Использование цифрового сканера ограничилось на данном этапе только сканированием протезного ложа, для изготовления индивидуальной ложки, напечатанной так же по технологии 3D печати (рисунок 8). Такое ограничение на данном этапе объясняется возможностью фокусного расстояния внутриротового сканера, и ограниченностью программного обеспечения. Но даже на настоящий момент, возможность изготавливать индивидуальные ложки цифровым способом, без снятия оттисков стандартными ложками и изготов-

лением первичной гипсовой модели, облегчает снятие слепков, увеличивает точность и сокращает время изготовления.

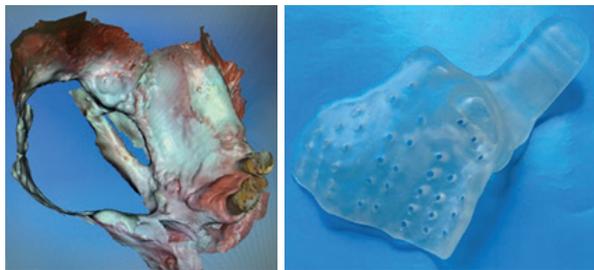


Рис. 8. Скан протезного ложа и индивидуальная ложка, полученная при помощи 3D печати.

На данный момент нами проводятся исследования по возможностям сканирования различных пострезекционных дефектов с дальнейшей печатью 3D моделей, формирующих, замещающих и челюстно-лицевых протезов.

Заключение. Несмотря на доступность челюстно-лицевой области для обследования, процент диагностики заболеваний в стадии T3–T4 по-прежнему остаётся высоким. Все пациенты с опухолями полости рта, в 100% случаев помимо противоопухолевой терапии получают стоматологическое сопроводительное лечение. В настоящее время с широким развитием цифровой стоматологии, цифровые методы возможны так же в случаях сопровождения и реабилитации данной категории пациентов. Данные методики цифровых протоколов, при планировании и реабилитации пациентов с новообразованиями полости рта, имеют перспективное развитие, связанное с высокой точностью, скоростью изготовления, а также возможностью применения в ситуациях, в которых применение аналоговых методик ограничено. В данной статье рассмотрены перспективы применения и вектор развития цифровых технологий при сопровождении и реабилитации пациентов с опухолями полости рта.

Литература

1. Азизян Р. И., Доброхотова В. З., Кропотов М. А. и др. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. – М.: Вердана, 2009. – 224 с.
2. Вагнер В. Д., Ивасенко П. И., Анисимова И. В. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога. – М.: Мед. кн., 2010. – 139 с.
3. Вагнер В. Д., Ивасенко П. И., Демин Д. И. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология. – М.: Мед. кн.; Н. Новгород: НГМА, 2002. – 124 с.
4. Геворков А. Р., Бойко А. В., Болотина Л. В. и др. Основные принципы ведения пациентов с мукозитом и дерматитом при лучевом лечении с лекарственной модификацией больших плоскоклеточным раком орофарингеальной области // Опухоли головы и шеи. – 2016. – Т. 6, № 3. – С. 12-21. DOI: 10.17650/2222-1468-2016-6-3-12-21.
5. Диагностика онкологических заболеваний челюстно-лицевой области: метод. рекомендации для врачей стоматолог. профиля и врачей-онкологов / сост. О. Л. Евграфова, Н. Е. Пермякова, С. В. Игнатьева. – Ижевск, 2012. – 26 с.
6. Дикарев А. С., Мавроди Т. В., Александров В. И. Субментальный лоскут в пластической хирургии головы и шеи // Пласт. хирургия и косметология. – 2012. – № 1. – С. 67.
7. Кипарисов Ю. С., Кипарисова Д. Г., Нуриева Н. С. Стоматологическая реабилитация пациентов с приобретёнными дефектами верхней челюсти с применением денальных мини-имплантатов. Клинический пример // Chronos: Сб. публикаций науч. журн. по материалам VI междунар. науч.-практ. конф. «Вопросы современной науки: проблемы, тенденции и перспективы». – 2016. – № 1. – С. 8–11.
8. Кипарисова Д. Г., Кипарисов Ю. С., Нуриева Н. С. Оценка состояния полости рта у пациентов с новообразованиями орофарингеальной зоны // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12, № 3. – С. 52–57. DOI: 10.18481/2077-7566-2016-12-3-52-57.
9. Раджабова З. А., Ракитина Д. А., Гурин А. В. и др. Реконструктивно-пластические операции у пациентов со

- злокачественными новообразованиями языка, слизистой
дна полости рта, виды пластики // Опухоли головы и
шеи. – 2015. – Т. 5, № 1. – С. 15–18. DOI: 10.17650/2222-
1468-2015-1-15-18.
10. Статистика злокачественных новообразований в России
и странах СНГ в 2012 г. / под ред. М. И. Давыдова, Е. М.
Аксель. – М.: Издат. Группа РОНЦ, 2014. – 226 с.
 11. Хирургическая стоматология: учебник / под ред. Т. Г. Ро-
бустовой. – М.: Медицина, 2003. – С. 435–436.
 12. Чиссов В. И., Решетов И. В., Кравцов С. А. и др. Не-
посредственные результаты комбинированных ре-
конструктивнопластических операций при лечении
местнораспространенных злокачественных опухолей
челюстно-лицевой зоны // Анналы пластич., рекон-
структив. и эстетич. хирургии. – 2001. – № 1. – С. 10–17.
 13. Demir Z., Kurtay A., Sahin U. et al. Hair-bearing submental
artery island flap for reconstruction of mustache and beard //
Plast. Reconstr. Surg. – 2003. – Vol. 112, № 2. – P. 423–429.
DOI: 10.1097/01.PRS.0000070520.96829.85.
 14. Demir Z., Velidedeoglu H., Celebioglu S. Repair of
pharyngocutaneous fistulas with the submental artery island
flap // Plast. Reconstr. Surg. – 2005. – Vol. 115. – P. 38–44.
 15. Dobratz E. J., Hilger P. A. Cheek defects // Facial Plast. Surg.
Clin. North Am. – 2009. – Vol. 17, № 3. – P. 455–467. DOI:
10.1016/j.fsc.2009.05.004.
 16. Faltaous A. A., Yetman R. J. The submental artery flap: an
anatomic study // Plast. Reconstr. Surg. – 1996. – Vol. 97. –
P. 56–60. DOI: 10.1097/00006534-199601000-00008.
 17. Geden E. M., Buchbinder D., Urken M. L. The submental
island flap for palatal reconstruction: A novel technique // J.
Oral Maxillofac. Surg. – 2004. – Vol. 62, № 3. – P. 387–390.
DOI: 10.1016/j.joms.2003.06.009.
 18. Goldwyn R. M., Lamb D. L., White W. L. An experimental
study of large island flaps in dogs // Plast. Reconstr. Surg.
– 1963. – Vol. 31. – P. 528–536. DOI: 10.1097/00006534-
196306000-00004.
 19. Harii K., Omori K., Omori S. Successful clinical transfer of
ten flaps by microvascular anastomoses // Plast. Reconstr.

- Surg. – 1974. – Vol. 53, № 3. – P. 259–270. DOI: 10.1097/00006534-197403000-00002.
20. Kim J. T., Kim S. K., Koshima I. et al. An anatomic study and clinical applications of the reversed submental perforator-based island flap // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2002. – Vol. 109, № 7. – P. 2204–2210. DOI: 10.1097/00006534-200206000-00004.
 21. Manchot C. *Die Hautarterien des menschlichenKorpers.* – Leipzig: Vogel, 1989. – 60 s.
 22. Martin D., Baudet J., Mondie J. M. et al. The submental island skin flap. A surgical protocol. Prospects of use // *Ann. Chir. Plast. Esthet.* – 1990. – Vol. 35, № 6. – P. 480–484.
 23. Milicic B., Mistic T. A 1-year prospective cohort study on mandibular overdentures retained by mini dental implants // *Eur. J. Oral Implantol.* – 2012. Vol. 5, № 4. – P. 367–379.
 24. Salgado C. J., Mardini S., Chen H. C. et al. Critical oropharyngocutaneous fistulas after microsurgical head and neck reconstruction: Indications for management using the “tissue-plug” technique // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2003. – Vol.112, № 4. – P. 957–963. DOI: 10.1097/01.PRS.0000076219.62225.07.
 25. Sterne G. D., Januszkiwicz J. S., Hall P. N. et al. The submental island flap // *Brit. J. Plast. Surg.* – 1996. – Vol. 49, № 2. – P. 85–89. DOI: 10.1016/S0007-1226(96)90078-8.
 26. Todescan S., Lavigne S., Kelekis-Cholakis A. Guidance for the maintenance careof dental implants: clinical review // *J.Can. Dent. Assoc.* – 2012. – Vol. 78. – P. 107.
 27. Vojvodić D., Celebić A., Mehulić K. et al. Prosthetic rehabilitation of a patient with mandibular resection prosthesis using mini dental implants (MDIs). Case report // *Coll. Antropol.* – 2012. – Vol. 36, № 1. – P. 307–311.

**Обухова Ю.Г., Савчинская О.А, Васильева Т.В.
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛИПОМЫ ПОЛОСТИ РТА**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Опухоли лица, челюстей, органов полости рта и шеи составляют, более 13% от всех других хирургических стоматологических заболеваний, имеют своеобразное течение, связанное с близким расположением жизненно важных органов, наличием зубов и пр., часто вызывают функциональные и косметические нарушения, а также могут привести к смертельному исходу. Новообразования ЧЛЮ весьма многообразны, что связано с формированием органов лица и полости рта из различных тканевых структур. Здесь развиваются органоспецифические опухоли, которые исходят из тканей, характерных для данной области — одонтогенной, железистой (из слюнных желез), многослойного плоского эпителия слизистой оболочки полости рта, и органоспецифические опухоли, возникающие из различных, не специфических структур этой локализации (мягкие или костные ткани, кожа).

Липома — частая доброкачественная опухоль из зрелых жировых клеток. Это самая частая мезенхимальная опухоль. Встречается в любых местах, где имеется жировая ткань; в 98% случаев располагается подкожно и лишь изредка — в глубоких мягких тканях (межмышечные липомы). В 94% случаев липомы бывают солитарными, редко — множественными. Множественные поражения характерны для женщин, а также больных нейрофиброматозом и различными эндокринными неоплазиями. Симметрично расположенные липомы обычно наследственные. Подкожные липомы клинически представляют собой мягкие (желеподобной консистенции) округлые или дольчатые подкожные узлы, подвижные относительно поверхности кожи. Они бессимптомны, растут медленно и обычно начинают беспокоить больного лишь при достижении крупного размера или в связи с косметическим дефектом. Глубоко расположенные липомы отграничены хуже, чем их поверхностные аналоги, за счет псевдоподиеподобных отростков они могут распро-

страняться по межфасциальным пространствам, разрушать апоневрозы и сдавливать подлежащие органы.

Диагноз липомы устанавливается клинически. Однако при большом размере, быстром росте, глубокой локализации, спаянности с подлежащими и надлежащими тканями, наличии боли, плотности и ретроперитонеальной локализации следует провести дополнительное тщательное обследование для исключения более серьезного заболевания.

Липома имеет характерные макроскопические и гистологические признаки (рис.1,2). Это узел жировой ткани в тонкой соединительнотканной капсуле, на разрезе дольчатого строения. Микроскопически опухоль представлена различными по размеру липоцитами. Присутствует хорошо развитая капиллярная сеть. В длительно существующих липомах могут развиваться дистрофические процессы. Липомы растут медленно и не сопровождаются злокачественной трансформацией. Лечение липомы: хирургическое удаление опухоли (рис.3).



Рис 1.



Рис.2



Рис 3.

Липома - это доброкачественная мезенхимальная опухоль жировой ткани. Она редко наблюдается в полости рта,

но в то же время является одним из наиболее распространенных неоплазм туловища, плечей, шеи и подмышечной впадины. Хотя этиология и патогенез липомы считаются до конца не выясненными, установлено, что заболеванию более подвержены люди с лишним весом.

Клинически липомы в полости рта выглядят как желтые (иногда розовые), мягкие, с гладкой поверхностью узловатые массы размерами менее, чем 3 см и могут быть расположены на ножке. Многие пациенты обращали внимание на образование за месяцы или годы до постановки диагноза.

Самая частая локализация липомы в полости рта - на слизистой оболочке щеки и в преддверии полости рта с щечной стороны. Заболевание поражает примерно с одинаковой частотой мужчин и женщин. Липома не характерна для детского возраста и в основном возникает у лиц старше 40 лет.

Описание редкого клинического случая

Пациент В., 51 года, обратился в клинику ЧГМА с жалобами на образование в области нижней челюсти слева. Он был обследован в КОД г. Чита, где проведено рентгенологическое исследование и рекомендовано плановое хирургическое лечение.

Местно: Конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Открывание рта свободное. На слизистой оболочке альвеолярной части, на уровне 33.34 зубов определяется образование округлой формы, до 3 см. в диаметре. Пальпация образования безболезненна. Образование не подвижное, плотное по консистенции. Слизистая оболочка над ним не изменена. Зубы 33 и 34 – интактные, перкуссия их безболезненна (рис 4.).



Рис. 4.



Рис.5

На ОПГ: Зубы 33 и 34 - интактные, данных за костно-деструктивную патологию нижней челюсти на уровне образования не определяется (рис.5).

На основании клинического, рентгенологического обследования выставлен диагноз: образование нижней челюсти слева.



Рис 6.

Пациенту проведено удаление образования в амбулаторных условиях. Под инфильтрационной анестезией 1% Sol. Ультракаина произведён разрез по фестончатому краю десны на уровне зубов 3.2, 3.3, 3.4, 3.5. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут над образованием. Обнажено образование в области нижней челюсти



Рис 7.



Рис 8.



Рис. 9. Вид образования после обнажения костной пластинки



**Рис. 10. Образование удалено с поверхности нижней челюсти
помощью долота**



Рис. 11. Вид удаленного образования



**Рис. 12. Слизисто-надкостничный лоскут мобилизован,
для закрытия дефекта использован слизистый лоскут,
находящийся ранее над образованием**



**Рис. 13. Вид ушитой раневой
поверхности**



**Рис. 14. Послеоперационный
период протекал без осложнений,
рана зажила первичным натяжением**

Материал был направлен на гистологическое обследование.

Патогистологическое исследование №232/320Б. Макроскопическое описание: раздробленные фрагменты костной ткани, серо-коричневого цвета от 0.2 до 1 см.

Патогистологическое описание: образование представлено разрастание жировой ткани, представленной унилокулярными адипоцитами, с прослойками грубоволокнистой соединительной ткани, полнокровными сосудами. По периферии жировой ткани определяется пластинчатая ткань костная ткань с остеоцитами без признаков атипии и полиморфизма, отсутствие митотических структур.

Патогистологическое заключение: если образование расположено в мягких тканях челюсти, можно подумать о оссифицирующей липоме. Если прилежало плотно к ости, то о паростеальной оссифицирующей липоме.

Литература

1. Пластическая хирургия мягких тканей полости рта. / Под ред. Джованни Зуккелли – М.: Азбука, 2014 – 816 с.
2. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. Пособие для стоматологического факультета / сост.: Большаков О.П. — СПб: издательство СПбГМУ, 2008.
3. Хирургическая стоматология. Учебник./Под ред. Робустовой Т.Г. — М.: Медицина, 2015.
4. Челюстно-лицевая хирургия. Учебник. / Под ред. Дробышева А.Ю., Янушевича О.О.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

Паршикова В.В., Яшнова Н.Б., Пинелис Ю.И.,
Смоляков Ю.Н., Кузник Б.И

ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИКИ В ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

COVID-19 – новая коронавирусная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2. В настоящее время патофизиологические процессы заболевания до конца еще не изучены. Вместе с тем в патогенезе коронавирусной инфекции выделяют 2 механизма: вирусное повреждение альвеоцитов с последующим развитием иммуновоспалительного синдрома и формирование тромбозов сосудов легких. Данные механизмы могут привести к развитию острого респираторного дистресс – синдрома. COVID-19 протекает как в лёгкой, так и в тяжелой форме, при тяжелой форме возможно появление вирусной пневмонии, которая приводит к острому респираторному дистресс – синдрому и позже к дыхательной недостаточности. Вследствие этого возникает нарушение функции сосудов и поддержание их тонуса, в последующем приводящие к повышению свёртываемости крови и формированию тромбов.

Цель работы. Определить скоростные показатели микроциркуляции тканей челюстно-лицевой области у лиц, перенесших COVID - 19.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование группы людей (n=15), в возрасте от 20 до 27 лет, перенесших COVID - 19 около 2х месяцев назад. Группа клинического контроля (n=15), в которую входили лица ранее не болеющие COVID - 19. Исследуемые группы сопоставимы между собой по возрасту и полу. У исследуемой группы и группы контроля оценивалось: наличие соматической патологии, показатели артериального давления, наличие вредных привычек, прием препаратов, влияющих на реологические свойства крови, состояние полости рта по гигиеническим и пародонтальным индексам. Гемодинамические показатели оценивались с помощью датчика динамического рассеивания света (mDLS от Elfi–Tech. Rehovot, Israel).

В ходе исследования датчик прикладывался на следующие точки: указательный палец, проекции ментального, подглазничного отверстий на коже лица, на слизистую в проекции резцового, небного отверстий, а также в проекции зубов 1.6, 1.3, 4.3, 4.6.

При этом оценивались 3 гемодинамических индекса:

- низкочастотный (Н1-1) характеризует медленное межслоевое взаимодействие;
- высокочастотный (Н1-3) характеризует быстрые процессы сдвига слоев - пульсовая волна;
- промежуточный (Н1-2) капиллярный кровоток.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы SPSS Statistics 7.0 с соблюдением принципов статистического анализа, принятых для исследований в биологии и медицине.

Результаты исследования. В ходе исследования в исследуемой группе и группе контроля выявлено среднее значение индексов гигиены полости рта по Федорову-Володкиной - 1,0; Грин-Вермильону - 1,0; Среднее значение пародонтальных индексов составили РМА 0%; ПИ - 0; КПИ-1; СРІ - 0.

Скоростные показатели микроциркуляции тканей в группе контроля в среднем составили: указательный палец Н1-1-114,6±11,2, Н1-2-340,9±27,6. Н1-3-253,1±17,3, ментальное отверстие Н1-1-164,6±13,2. Н1-2-417,3±32,4; Н1-3 -225,2±16,5, подглазничное отверстие Н1-1 150,4±12,3. Н1-2 -410,4±36,3; Н1-3 -238,1±14,7; небное отверстие Н1-1 345,1±12,5, Н1-2 -502,4±21,2; Н1-3-260,1±10,5; резцовое отверстие Н1-1-151,7±9,2. Н1-2-370,6±12,3; Н1-3-213±12,7; слизистая оболочка в проекции зуба 16- Н1-1 184,5±15,3. Н1-2 -568,3±32,8; Н1-3- 333,2±15,7; слизистая оболочка в проекции зуба 13 Н1-1- 207,1±11,6; Н1-2 -659,2±27,8; Н1-3- 393,6±20,5; слизистая оболочка в проекции зуба 46- Н1-1- 182,2±17,3; Н1-2 -510,7±25,3; Н1-3- 275,9±13,3; слизистая оболочка в проекции зуба 43 Н1-1-202,5±14,2; Н1-2 -642,5±22,7; Н1-3- 366,4±19,5.

В исследуемой группе получены следующие данные: указательный палец Н1 114,6±11,2, Н1 340,9±27,6,

Ni-3-253,1±17,3; ментальное отверстие: Ni-1-181,1±14,2; Ni-2-200,3±66,4; Ni-3-96,4±32,1, подглазничное отверстие: Ni-1-171,7±15,7; Ni-2-203,6±29,2; Ni-3-100,8±4,3; небное отверстие: Ni-1-197,1±16,6; Ni-2-223,8±8,2; Ni-3-106,2±2,8 резцовое отверстие: Ni-1-176,5±6,6; Ni-2-227,4±11,2; Ni-3-101,9±3,6; слизистая оболочка в проекции зуба 1.3: Ni-1-189,2±10,4; Ni-2-217,0±22,2; Ni-3-106,6±54,5, слизистая оболочка в проекции зуба 1.6: Ni-1-197,4±8,7; Ni-2-245,2±29,8; Ni-3-113,5±14,4, слизистая оболочка в проекции зуба 4.6: Ni-1-198,4±13,5; Ni-2-255,6±24,1; Ni-3-116,9±3,7, слизистая оболочка в проекции зуба 4.3: Ni-1-268,6±23,3; Ni-2-338,6±37,7; Ni-3-179,6±6,09.

Установлено, что показатели индекса Ni-1 у ментального, подглазничного, резцового отверстий, слизистой оболочки в проекции зубов 1.6, 4.3, 4.6 выше \approx в 1.1 раз, а показатели у небного отверстия и слизистой в проекции зуба 1.3 ниже значения \approx в 1,2 раза контрольной группы. Значения индекса NI 2 во всех исследуемых точках были ниже \approx в 2.5 раза, чем у группы контроля. Полученные значения индекса Ni-3 во всех исследуемых точках ниже \approx в 2,4 раза, в сравнении со значениями контрольной группы.

Выводы. Таким образом, в результате исследования выявлено, что у лиц перенесших COVID-19 определяется снижение значений промежуточного капиллярного кровотока и пульсовой волны, а также увеличение показателей медленного межслоевого взаимодействия. Данные изменения могут привести к нарушению функции сосудов и гиперкоагуляции, что требует необходимости дальнейшей коррекции системы гомеостаза.

Петрова А.М.

ЗУБ НЕ ВЫДЕРЖИВАЕТ ГЕРМЕТИЗМА....

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Лечение осложнений кариеса является важным разделом терапевтической стоматологии, как взрослой, так и детской. Большое место среди стоматологических заболеваний занимают болезни периодонта.

В структуре стоматологической заболеваемости периодонтит занимает третье место после кариеса зубов и пульпита [1, 5, 7, 8, 9]. Вопрос периодонтитов достаточно актуален для стоматологов из-за развития осложнений челюстно-лицевой области. Длительный периапикальный очаг хронической инфекции может приводить к соматическим заболеваниям, осложнять их течение, нарушать иммунологический статус организма, снижать неспецифическую резистентность, а также быть источником сенсibilизации организма. В большинстве случаев периодонтит зубов является этиологическим фактором острых воспалительных процессов челюстно-лицевой области (периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит, остеомиелит челюсти), представляющих большую опасность для здоровья и жизни больного. Наблюдается тенденция к увеличению числа периодонтитов у пациентов молодого возраста и детей. Поэтому качество проводимого эндодонтического лечения определяет прогноз восстановления функции зуба [1, 4]. Правильная, соответствующая протоколу, механическая обработка, дезинфекция и obturация корневых каналов приводит к эффективному эндодонтическому лечению [3, 4, 6, 7].

Почти полностью поменялись технологии, инструменты и материалы в стоматологии, позволяющие получить хорошие результаты в лечении кариеса и его осложнений, особенно периодонтита. Несмотря на это, не редко зубы подлежат удалению, как не выдерживающие герметизма.

Цель исследования. Определить причины, из-за которых зубы не выдерживают герметизма и обосновать особенности их лечения.

Периодонтит и сопровождающая его периапикальная резорбция костной ткани являются воспалительными повреждениями перирадикулярной области, вызванными персистенцией микробной инфекции в системе корневых каналов проблемных зубов. Верхушечный периодонтит, не проходящий после лечения корневого канала, имеет более сложный патогенетический механизм развития по сравнению с обычным аналогом данной патологии [1, 2].

Наиболее распространенными причинами неудач эндодонтического лечения являются неадекватная очистка системы корневых каналов от микробных патогенов, или же повторное инфицирование каналов по причине нарушения герметичности в области коронки, влияние экстрарадикулярной инфекции, реакции организма хозяина на инородное тело и рецидивы истинных кист [3, 4, 6, 7].

В случаях, когда первичная эндодонтическая терапия оказалась неудачной, нехирургический эндодонтический ретрит является лучшим вариантом для достижения успешных клинических результатов.

Основная разница между первичным и повторным лечением состоит в разном подходе к обеспечению доступа в области апикальной трети корневого канала. После достижения условий адекватного доступа последующий протокол эндодонтического вмешательства является аналогичным: очистка, обработка и препарирование, внесение корневой повязки. Наиболее часто используемым в эндодонтии препаратом по-прежнему остается гидроксид кальция $\text{Ca}(\text{OH})_2$. Его противомикробные свойства и высокие значение pH (12,5) обеспечивают такие условия, в которых могут выжить лишь редкие микроорганизмы. Кроме гидроксида кальция долгие годы также широко использовали йодоформ (CHI_3), который также оказывает антибактериальное действие [4, 7, 11].

Vitapex (Neo Dental International), Metapex являются коммерческой формой пасты кальция гидроксида $\text{Ca}(\text{OH})_2$, и используются в качестве корневой повязки в молочных и постоянных зубах. Кроме того, данные препараты содержат йодоформ CHI_3 , который ингибирует и уничтожает па-

тогенную микрофлору корневого канала. Особенность этих препаратов также состоит в том, что они стимулируют восстановление и регенерацию кости, что было неоднократно доказано. Несмотря на то, что гидроксид кальция обосновано считается достаточно эффективным в отношении патогенных бактерий, минусом паст на его основе является сложность их выведения из корневого канала.

Но иногда и при соблюдении всего вышесказанного, зуб продолжает давать обострение.

Посмотрим причины обычных периодонтитов.

По способу проникновения бактерий периодонтит подразделяется на интрадентальный и экстрадентальный. К экстрадентальному относят периодонтит, формирующийся при переходе воспалительного процесса из окружающих тканей, например остеомиелит, периостит, гайморит. Естественная микрофлора представлена эпидермальными стрептококками, не вызывающими воспалительный процесс. Бактериальная инфекция играет основную роль в возникновении периодонтита. Спектр возбудителей инфекции разнообразен. Чаще всего наблюдается соединение возбудителей - поликомпонентные сочетания микроорганизмов. Основные возбудители в структуре периодонта выявляются редко и обычно это *S.sanguis*, *S.oralis*, *Actinomycetem* [1, 2, 4, 5, 9].

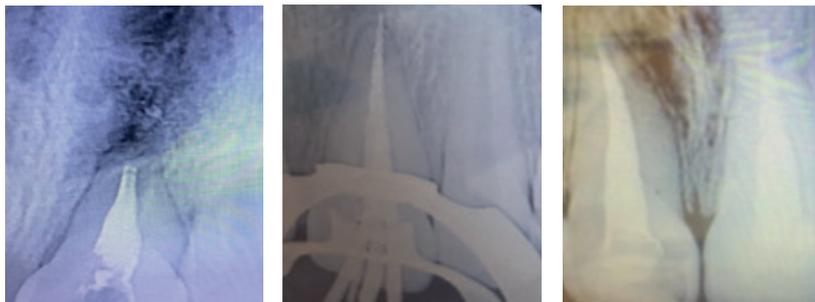
При периодонтите у взрослых преобладают грамотрицательные анаэробы и спирохеты. *P.gingivalis*, *B.forsythus*, *A.actinomycetem comitans* и *T.denticola* выделяются наиболее часто.

В ювенильном возрасте наблюдается быстрое вовлечение в процесс костной ткани, при этом обычными возбудителями являются *A.actinomycetem comitans* и *Carnocytrophagaspp*. *P.gingivalis* выделяется редко.

Десневые карманы содержат анаэробы в 99% с концентрацией 1011 КОЕ/мл. Образующиеся в результате жизнедеятельности патогенных микроорганизмов токсины попадают в периодонт через верхушечное отверстие корневых каналов. Проникает в периодонт бактериальная инфекция через кровь и лимфу. Этому содействует чрезвычайная жевательная нагрузка на

зуб, закрытие кариозной полости временным пломбирочным материалом на герметизм и др. При лечении возможно проталкивание инфекционно-токсического содержимого корневого канала эндодонтическими инструментами за апикальное отверстие. Вирулентности микроорганизмов, попадающих из каналов, уделяют меньшее значение, чем влияние на апикальные ткани эндотоксина, который образуется при повреждении оболочек грамотрицательных бактерий. Попадание эндотоксина в периодонт приводит к созданию биологически активных продуктов, увеличивающих проницаемость сосудистой стенки. Эндотоксины оказывают сильное антигенное воздействие на иммунологическую систему периодонта и окружающих тканей [1, 3, 4, 6, 7, 8, 9].

Клинический пример: ребенок 15 лет был направлен врачом стоматологом города Читы на консультацию по поводу зуба 2.1. Из анамнеза выяснено, что зуб находится на лечении по поводу хронического периодонтита. Несколько раз проводилась временная obturация, но через один-два дня происходило обострение заболевания.



При осмотре: зуб 2.1 под повязкой, после удаления, которой отмечалось отделяемое из канала. Перкуторно определялась болезненность. Слизистая в области зуба с оральной и вестибулярной поверхности с цианозом. На рентгенограмме очаг деструкции с нечеткими контурами.

Изначально решили, что это погрешности обработки канала. После абсолютной изоляции проведена хемо-инструментальная обработка с использованием 3% гипохлорита Protaper файлов. Рабочую длину вычислили электронным способом. Временную obturation с пульпосептином зуб выдержал благополучно. Через 5 дней после obturation метаксом зуб дал обострение.

И мы пришли к выводу, что в периодонте работает инфекция, которая не чувствительна к данным препаратам.

После открытия зуба 2.1 и тщательного промывания в канал введен пульпосептин с антибиотиком (ампициллин) и СУМСом (сорбент). Смесь вводилась дважды, после чего зуб выдержал и последующую временную obturation, замена которой проводилась дважды. Через полгода, после восстановления костной ткани, проведено постоянное пломбирование канала.

Но через полгода этот ребенок обращается с подобной симптоматикой в зубе 1.1. В этом случае зуб был пролечен по такому же протоколу и в короткие сроки.

Так как коронка зуба была интактная, предположительно инфекция проникла по межзубным волокнам.

Заключение. Лечение периодонтита и эндодонтическая подготовка структуры и функции являются важной частью клинической стоматологии, но не нужно забывать о разнообразии микрофлоры, населяющей ткани периодонта и пути проникновения ее из рядом расположенных структур.

Даже в случаях, когда первичная эндодонтическая терапия не позволила обеспечить полной дезинфекции корневого канала, нужно обязательно рассматривать консервативный протокол ретрита как альтернативу эндохирургии. В данном клиническом случае использование антибактериальных препаратов позволило справиться с инфекцией, а гидроксид кальция/йодоформ обеспечил заживление области периапикального поражения за 1 ме-

сяц и полное восстановление пораженной ткани в течение 6 месяцев -1 года. Полученный результат подтверждает возможность и перспективу лечения зубов, не выдерживающих герметизма, консервативным методом без дополнительного хирургического вмешательства.

Литература:

1. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. М.: МИА, 2006. 176 с.
2. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. Нижний Новгород: НГМА, 2004. 213 с.
3. Мамедова Л.А. Искусство эндодонтии. М.: Медицинская книга, 2005. 175 с.
4. Роуп М. Т., Дебелян Д. Руководство по эндодонтии для стоматологов общей практики. М.: Азбука, 2005. 70 с.
5. Соловьева А.М. Особенности консервативного эндодонтического лечения при хроническом периодонтите в зубах с незавершенным формированием корней // Детская стоматология. 2000. № 1 (3). С. 79–83.
6. Хоменко Л. А., Биденко Н. В. Практическая эндодонтия. Инструменты, материалы и методы. М.: Книга плюс, 2005. 224 с.
7. Шумский А.В., Поздний А.Ю. Эндодонтия в вопросах и ответах. Самара: РЕАВИЗ, 2003. 207 с.
8. Юдина Н.А. Диагностика болезней периодонта // Современная стоматология. 2011. № 1. С. 26–32.
9. Microbial profiling in experimentally induced biofilm overgrowth among patients with various periodontal states // J Periodontol. 2016. № 87. P. 27–35.

*Гордиться славою своих предков не только
можно, но и должно;
не уважать оной есть постыдное малодушие.*

А. С. Пушкин

Пинелис И.С.
**В.А.ЛЮБАРСКИЙ – ВОИН, ХИРУРГ, ПЕДАГОГ,
ХУДОЖНИК**
(К 76-летию Победы в Великой Отечественной войне)
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Владимир Александрович родился 19 января 1918 года в Киевской губернии в семье рабочего. В 1925 году семья переехала в Москву, где прошли детство и юность В.А. Любарского. В эти годы он увлекся живописью, рисовал карандашом, масляными и акварельными красками, с удовольствием ходил на занятия художественного кружка и мечтал стать художником.

В 1937 году Владимир Александрович окончил с отличием школу и выбрал для поступления Ленинградский архитектурный институт, но, из-за досадной случайности его постигла неудача. Тогда он поступил в Московский медицинский стоматологический институт, в котором встреча с профессором И. Г. Лукомским решила судьбу будущего врача. Будущим студентам Илья Генрихович показывал фотографии больных с врожденными и приобретенными дефектами лица до и после операции. Молодой Владимир сразу же понял вот оно, призвание - возвращать людей к нормальной жизни, «рисовать» вместо уродливого, страшного лица новое, убирая последствия травмы, болезни, врожденной патологии. Вместе с ним учились известные ученые-стоматологи: академик А.И. Рыбаков, профессора В.И. Заусаев, В.Ф. Рудько и др.

В 1941 году Владимир Александрович с отличием окончил институт, но ни выпускного бала, ни духового оркестра не было, т.к. день окончания ВУЗа и день начала Великой Отечественной войны совпали - 22 июня 1941 года. Молодым врачам скромно вручили дипломы, а 28 июня Владимир Александрович был призван в армию и назначен на должность врача батальона связи в одной из частей под Москвой.

Так началась его военная служба, которая продолжалась двадцать долгих и трудных лет. В составе различных медицинских подразделений хирург Любарский воевал на Ленинградском, Волховском, Западном, Первом Украинском фронтах, в должностях: врача, а затем начальника хирургического отделения медико-санитарного взвода технической бригады, ординатора хирургического госпиталя.

Пришлось много и тяжело работать, совершенствовать хирургические навыки, изучать на практике хирургическую обработку огнестрельных ран, причем следовало это делать быстро и прямо у операционного стола, нередко под бомбежкой и артобстрелах. Однажды после такого обстрела он был тяжело контужен, переломаны ключица и ребра и лечился в госпитале под Москвой, но через полтора месяца сбежал на фронт.

В 1943 г., в госпитале в Карачеве, ему удалось сделать несколько рисунков неповторимых лиц его боевых друзей, коллег – медсестер, врачей медсанбатов. Но многие из них не сохранились.



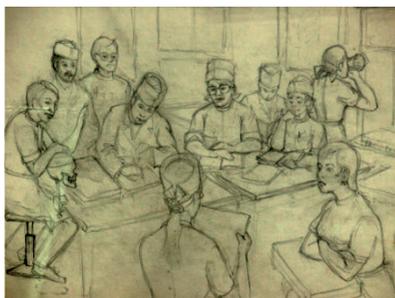
**Владимир Александрович Любарский
в годы войны**

Затем была битва на Курской дуге. Во время нее раненых и обожженных танкистов везли и везли. Бывали дни, когда некогда было поспать. Часто Владимиру Александровичу помогала оперировать медицинская сестра Аня, с которой они вместе в составе Первого Украинского фронта дошли до Берлина и поженились 9 мая в Праге.



**Автопортрет В.А. Любарского
в годы войны**

В составе этих подразделений он освобождал от фашистов территорию нашей страны, а также Польшу, Венгрию, Австрию и закончил войну в Берлине. За годы войны В.А. Любарский стал высококвалифицированным хирургом, но в свободное время он продолжал заниматься рисованием.



Рисунки боевых друзей и коллег

За ратный, самоотверженный труд, и личную храбрость Владимир Александрович награжден двумя орденами Красной Звезды и 15 медалями. После окончания войны семья Любарских некоторое время жила в Германии, где Владимир Александрович служил врачом в военном госпитале.

После службы в Германии Владимира Александровича перевели в Забайкалье. С февраля 1948 года начался Забайкальский период жизни Владимира Александровича. Его - молодого тридцатилетнего военного врача назначили начальником челюстно-лицевого отделения 321 ОВГ

ЗабВО, что явилось признанием высокого врачебного мастерства. За годы работы окружным стоматологом В.А. Любарским выполнен огромный объем самых разнообразных челюстно-лицевых операций. Однако аналитический, изобретательный ум и талант хирурга не позволили ему превратиться в ремесленника. Любарский не только постоянно учился у профессоров М.Н. Михельсона, М.Ф. Хитрова, А.И. Евдокимова, но и сам щедро делился знаниями с врачами. Его учителем и наставником был Герой Социалистического Труда, член-корреспондент АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Александр Иванович Евдокимов (1883 -1979). Постоянное стремление к улучшению результатов привело к разработке 10 вариантов оперативных методов лечения больных с переломами нижней челюсти.



Берлин, 1945 год. В.А.Любарский со своей молодой женой – Анной Порфирьевной

Его педагогическая деятельность началась в 1957 г. когда его пригласили в Читинский медицинский институт для чтения лекций по стоматологии на лечебном факультете, а в 1958 году он стал организатором и преподавателем стоматологического факультета. Работа со студентами увлекала его все больше. В 1961 году по ходатайству руководства института он увольняется из рядов Советской Армии в звании подполковника медицинской службы и полностью посвящает себя преподавательской работе, организации кафедры и клиники хирургической стоматологии. В.А.Любарский 20 лет (1963 -1983 гг.) заведовал кафедрой хирургии-

ческой стоматологии и 5 лет (1965 – 1969 гг.) был деканом стоматологического факультета.

В 1965 году В.А. Любарский обобщил свой опыт лечения больных с переломами нижней челюсти в диссертационной работе, которую успешно защитил в г. Москве. В 1966г. ему присвоено звание доцента.

Его научные интересы касались не только травм лица и челюстей. Под его руководством разработаны оригинальные мето-



В.А.Любарский готовится к лекции



В.А.Любарский в своем кабинете

ды пластики незаращения верхней губы и неба, использование аллотрансплантантов в стоматологии и др. Им опубликовано более пятидесяти научных статей, рационализаторских предложений и изобретений. Под его руководством защитил докторскую диссертацию Пинелис И.С., а кандидатские – Фрыгина В.А., Пинелис И.С., Бояров Ю.С., Лескова В.В., Донской В.В.

Любарский В.А. большую часть своей жизни провел в операционной. Через его руки прошло множество пациентов. Кому-то он смог вернуть здоровье, кого-то избавил от уродующих последствий болезни или травмы, а для кого-то стал врачом, счастливая встреча с которым спасла жизнь. Он постоянно помогал практическому здравоохранению, активно пропагандировал передовые методы диагностики и лечения стоматологических заболеваний. По его инициативе и при активном участии организован межобластной центр диспансеризации детей с врожденной патологией лица, который функционирует до настоящего времени. Много сил он отдал становлению челюстно-лицевых отделений в областной клинической

и областной детской клинической больницах. На протяжении многих лет В.А. Любарский возглавлял областное общество стоматологов, активно участвовал в работе научно-практических конференций в Москве, Ташкенте, Ленинграде, Иркутске, Улан-Удэ, Чите и др., в заседаниях Ученых советов факультета и института.



**В.А.Любарский в операционной
и на обходе больных**



**В.А.Любарский со студентами у стомклиники ЧГМА и на перво-
майской демонстрации**



В.А.Любарский

Многочисленные ученики и последователи, а теперь опытные врачи, хирурги - всегда помнят своего Учителя. Светлая память о нем – бескорыстном хирурге, ученом и педагоге хранится в сердцах сотрудников ЧГМА, стоматологов Забайкальского края, Якутии, Амурской области, Бурятии и Хабаровского края.



Пинелис И.С.

**РОЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ВОЙНЫ В СТАНОВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

(К 76-летию Победы в Великой Отечественной войне)

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Еще не был виден конец войны, а в декабре 1943 г. на Коллегии Наркомздрава СССР профессор И.Г. Лукомский изложил основные направления развития стоматологической помощи в стране на ближайшие годы. Итогом заседания стал приказ № 654, предписывающий укомплектовать все вакантные должности зубными врачами и стоматологами за счет врачей, работавших в годы Великой Отечественной войны не по специальности, обязать медицинскую промышленность обеспечить сеть зубоврачебных и зуботехнических учреждений всеми необходимыми материалами и инструментарием. Этот документ способствовал активизации работы стоматологов Забайкалья и стал одним из аргументов открытия в 1958 году стоматологического факультета в Читинском медицинском институте.

После ВОВ Правительство СССР обратило внимание на подготовку врачей в отдаленных регионах страны (Урал, Сибирь, Дальний Восток, Среднюю Азию и др.). Большим событием для здравоохранения Забайкалья стало открытие в 1953 г. медицинского института. Однако учитывая большую потребность в стоматологах, в 1958 году в институте создали стоматологический факультет. Его становление проходило под руководством ректора Юрия Дмитриевича Рыжкова и участника Великой Отечественной войны, помощника декана лечебного факультета доцента, С.И. Рассудова.

В организацию стоматологического факультета Читинского медицинского института большой вклад внесли врачи-стоматологи - совершившие в годы Великой Отечественной войны свой ратный и трудовой подвиг. Это были

подполковник медицинской службы В.А.Любарский, майор медицинской службы В.Т. Поважный, военврачи В.Н. Золотухина и О.П. Стрельникова.

В.А.Любарский в 1941 году с отличием окончил Московский стоматологический институт и с выпускного бала ушел на войну. Он воевал на Ленинградском, Волховском, Западном, Брянском, Украинском фронтах, освобождал от фашистов Польшу, Венгрию, Австрию и закончил войну в Берлине. После окончания войны В.А. Любарский продолжил службу на территории Германии. За эти годы он стал высококвалифицированным хирургом, а в свободное время занимался рисованием. В его коллекции были фронтовые рисунки и портреты однополчан. За ратный, самоотверженный труд и личную храбрость Владимир Александрович награжден двумя орденами Красной Звезды, 17 медалями. Из них «За освобождение Праги», «За освобождение Берлина», «За отвагу» и др.

В феврале 1948 года молодого военврача назначили начальником челюстно-лицевого отделения 321 ОВГ ЗабВО. С 1957 по 1983 годы он полностью посвятил себя преподавательской работе, организации стоматологического факультета, кафедры и клиники хирургической стоматологии. Под его руководством организован межобластной центр диспансеризации детей с врожденной патологией лица. Много сил он отдал становлению челюстно-лицевых отделений в областной клинической и областной детской клинической больницах. На протяжении многих лет В.А. Любарский был деканом стоматологического факультета, возглавлял областное общество стоматологов. Его труд и в мирное время был отмечен двумя медалями и почетным знаком «Отличник здравоохранения». В 1983 году В.А. Любарский вышел на заслуженный отдых, но еще длительное время ученики и больные нуждались в его помощи и совете. На пенсии у Владимира Александровича появилось время для занятий живописью. Им написано более двадцати портретов сотрудников стоматологического факультета, врачей, ученых-стоматологов и др.

Неустанная врачебная, научная, педагогическая и общественная деятельность фронтовика В.А. Любарского является примером самоотверженного служения делу охраны здоровья людей, подготовки молодых специалистов и любви к своей профессии.



Владимир Александрович Любарский

Курс ортопедической стоматологии был создан в 1960 г. В его организацию много сил вложили начальник зубопротезного отделения военной окружной стоматологической поликлиники, майор медицинской службы Василий Тихонович Поважный, опытные ортопеды-стоматологи, военврачи О.П. Стрельникова и В.Н. Золотухина.



Василий Тихонович Поважный

Василий Тихонович Поважный был первым заведующим кафедрой ортопедической стоматологии и работал в этой должности до 1966 года. В связи с тем, что факультет создавался практически с нуля, на его долю выпала организация материально-технической базы кафедры, зуботехнической лаборатории, обеспечение учебно-методическими материалами, наглядными пособиями и др.

О.П. Стрельникова окончила в 1941 году Московский стоматологический институт. С июля 1941 до 1943 года служила младшим военным врачом полка Карельского фронта. Затем до мая 1945 года работала стоматологом полка на Северном фронте в г. Мурманске. Ее ратный труд был отмечен 9-ю боевыми наградами. Среди них медали «За Отвагу» и «За Победу над Германией». В 1960 году она стала одним из первых преподавателей кафедры ортопедической стоматологии и одним из ведущих врачей-ортодонтотв в Читинской области.



О.П. Стрельникова (1941 г.)



О.П. Стрельникова (1945 г.)



Северный фронт, г. Мурманск, 1944 г.
(О.П. Стрельникова – вторая слева)

С первых дней ВОВ выпускница Иркутского мединститута Валентина Никандровна Золотухина работала хирургом-стоматологом в стоматологическом госпитале Забайкальского фронта (г. Чита). Позднее после организации протезного госпиталя она работала врачом ортопедом, изготавливала зубные и замещающие челюстно-лицевые протезы для стоматологических раненых. В.Н. Золотухина награждена 10-ю медалями за самоотверженный труд в годы ВОВ. В 1960 году она была избрана ассистентом кафедры ортопедической стоматологии и принимала активное участие в ее становлении, создании музея кафедры и др.



Валентина Никандровна Золотухина

Благодаря своим высоким профессиональным и благородным гражданским качествам Ольга Павловна и Валентина Никандровна пользовались большим авторитетом среди студентов и преподавателей факультета.

Таким образом, участники ВОВ внесли неоценимый вклад в развитие стоматологического факультета и профильных кафедр. Благодаря ним создана мощная образовательная платформа для дальнейшего развития стоматологического факультета. Их имена занесены навечно на мемориале участников и ветеранов Великой отечественной войны 1941-1945 гг.- сотрудинок Читинского медицинско-

го института, открытом в год 60-летия Победы. Мы гордимся тем, что наш факультет организовывали такие патриотичные и самоотверженные люди!



Встреча с ветеранами стоматологического факультета, 1997 г.

Литература

1. Государственный архив Читинской области, ф. П-3, оп. 1, д. 2184, л. 21; ф. П-3, оп. 1, д. 1226, л. 56; ф. П-3, оп. 1, д. 1227, л. 37.
2. Книга Памяти о тех, кто не вернулся с войны. Читинская область. Том 1, Чита: Чит. Обл. кн. изд-во, 1994.
3. Кузнецов И.И. Восточная Сибирь в годы Великой Отечественной войны. – Иркутск, 1974
4. Фадеева А.П., Цуприк Р.И. Медики Забайкалья в годы Великой Отечественной войны // Малая энциклопедия Забайкалья: Здоровоохранение и медицина / гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. – Новосибирск: Наука, 2001. – 630 с.
5. Читинская область в годы Великой Отечественной войны. 1941–1945 гг.: сб. документов. – Чита, 2005.

**Писаревский Ю.Л., Найданова И.С., Писаревский И.Ю.,
Шаповалов А.Г.**

**СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ
ПРИ БРУКСИЗМЕ**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Актуальность. Сбалансированное взаимодействие элементов зубочелюстной системы является необходимым условием для бесперебойного течения электрофизиологических процессов в жевательных мышцах [3,5]. Известно, что бруксизм сочетается с «привычной» окклюзией зубных рядов. Вынужденное положение нижней челюсти провоцирует нарушение синхронной работы латеральных крыловидных мышц (ЛКМ) [1,7]. Аппаратурное лечение направлено, в первую очередь, на восстановление центрального соотношения челюстей и депрограммирование мышц [6]. Объективная оценка функционального состояния ЛКМ возможна только в отражении ее электрофизиологической составляющей – потенциала двигательной единицы (ПДЕ). Характеристика ПДЕ представляет особую ценность в оценке эффективности окклюзионной терапии парафункций различного генеза [2].

Цель. Изучить закономерности изменений ПДЕ латеральных крыловидных мышц в динамике сплент-терапии у пациентов с ночной и дневной формой бруксизма.

Материалы и методы. Для достижения цели обследовали 40 пациентов в возрасте 18-35 лет с ночным (I-я группа, n=20) и дневным (II-я группа, n=20) бруксизмом [1, 4]. Контроль – 20 здоровых волонтеров. Лечение в I группе осуществляли с помощью «пермиссивного» сплента с резцовым упором и дизокклюзией боковых зубов для ночного использования. Терапию во II-й группе проводили «директивным» сплентом с перекрытием окклюзионной поверхности боковых зубов для постоянного использования, включая прием пищи. Спленты изготавливали из самотвердеющей пластмассы в артикуляторе «SAM-3». Загипсовку моделей проводили по восковому регистрату центрального соотношения; настройку артикулятора проводили по силиконовым межокклюзионным регистратам. Длительность сплент-терапии составляла 6 месяцев.

В зависимости от реакции ЛКМ на пальпацию предложены индексы: А – безболезненная ненапряженная; В – дискомфортная с гипертонусом; С – болезненная с гипертонусом; D – аллодиния в сочетании с гипертонусом. Состояние ЛКМ оценивали локальной электромиографией (ЭМГ) на аппарате «Viking Quest» (США) [2]. В протокол ЭМГ включены: спонтанная активность мышцы в покое; средняя длительность (мс) и амплитуда (мкВ) ПДЕ при заданной нагрузке ЛКМ. Все ЭМГ-обследования были проведены до и на этапах лечения – через 1, 3, 6 месяцев. Статистическую обработку проводили в программе «SPSS» с использованием критериев Вилкоксона и Манна-Уитни.

Полученные результаты. Анализ результатов клинического обследования ЛКМ показал, что в I-й группе до лечения преобладал индекс «С», через 3 месяца превалировал индекс «В». Состояние ЛКМ во II-й группе до лечения и через 1 месяц характеризовалось индексами «В» и «С», однако после 3 месяцев отмечается тенденция к увеличению индекса «А». К завершению лечения в 100% наблюдений зарегистрирован индекс «А».

По результатам ЭМГ в покое зарегистрировали единичные фасцикуляции ЛКМ в обеих группах до лечения и через 1 месяц. Через 3 месяца спонтанной активности ЛКМ не фиксировали. При функциональной нагрузке длительность ПДЕ снизилась на 14-20% от контроля в обеих группах до лечения и на протяжении 3 месяцев за исключением ЛКМ с индексом «А» во II группе, не отклоняющиеся от контрольного уровня. После 6 месяцев значения в обеих группах были соразмерны с контролем. Амплитуда ПДЕ снижалась в обеих группах относительно контроля, и постепенно восстанавливалась только по завершению сплент-терапии. До лечения показатели I-й группы были в 1,3 раза меньше, чем во II-й группе.

Выводы. Возникновение фасцикуляций ЛКМ в состоянии покоя свидетельствует о функционально-морфологической перестройке двигательной единицы, чаще характеризующуюся перегрузкой мотонейрона мышечными волокнами. 3 месяца сплент-терапии достаточно для раз-

грузки мотонейрона, предотвращении развития патологии нервного тракта двигательной единицы и для купирования боли. Отклонение значений длительности ПДЕ исследуемых мышц зарегистрировано на 14-20% от нормы, что соответствует I стадии денервационно-реиннервационного процесса. Данная стадия указывает на то, что из состава некоторых двигательных единиц мышцы выпадает часть денервированных мышечных волокон.

Несмотря на купирование клинических проявлений нарушения ЛКМ у большинства пациентов (40-60%) через 3 месяца, длительность и амплитуда ПДЕ восстановились только к 6 месяцам. Значения амплитуды и длительности ПДЕ у лиц с ночным бруксизмом меньше, чем у пациентов с дневным бруксизмом. Изменения электрофизиологической составляющей ЛКМ выражены больше при ночном бруксизме.

**Пузырева Т.Н., Баданина Л.Р., Савина Ю.В., Петрова
В.А., Бондаренко Л.В., Рыбак О.Г., Лучшева Л.Ф.,
Тармаева С.В.**

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

*КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 22» МЗ ХК;
ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет МЗ РФ;
КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов
здравоохранения» «ИПКСЗ» МЗ ХК, г. Хабаровск*

Введение. На рубеже XXI века ведущими направлениями современной стоматологии становится профилактика. Известно, что подавляющее большинство населения страдает от кариеса в различных формах. Нередко уже в детском возрасте наблюдаются серьезные разрушения молочных зубов. Кроме того, почти 100% населения десен и кровоточащие десны многими уже воспринимаются как обычное явление. А ведь это приводит к воспалению периодонта – к потере зуба. Лечение и протезирование, в свою очередь, достаточно болезненны и дорогостоящие. В наше время существенно увеличивается влияние практикующих врачей в стоматологическом просвещении населения. К сожалению, немногие специалисты способны на должном уровне провести индивидуальную мотивацию и обучение пациентов в области оральной гигиены. И для того, чтобы профессиональная гигиена на самом деле стала мощным этапом борьбы с современными стоматологическими заболеваниями, необходимо четко знать все группы и методы основных профилактических мероприятий.

Цель исследования. Профессиональная гигиена начинается с осмотра полости рта. С целью выявления факторов риска обращают внимание на глубину преддверья полости рта, длину и место прикрепления уздечек губ языка. Обязательно обращают внимание на состояние десны. Критерием определения здоровой десны является: розовый цвет, заостренные верхушки десневых сосочков, просвечивание мелких сосудов и плотность тканей, а также отсутствие кровоточивости при легком касании.

Материал и методы исследования. Профессиональная гигиена полости рта – система лечебно – профилактических мероприятий, выполняемых в условиях стоматологической клиники, направленная на профилактику возникновения и прогрессирования заболеваний полости рта.

Установлено, что существует стойкая связь между уровнем гигиены полости рта и состоянием пародонта. Болезни пародонта широко распространены уже в молодом возрасте и в дальнейшем становятся главной причиной потери зубов населения во всех странах земного шара.

Для определения количественной оценки гигиенического состояния полости рта, а также эффективности чистки зубов в процессе обучения чаще всего пользуются у детей 5-6 лет индекс гигиены по Федорову – Володкиной. Индекс гигиены Федорова – Володкиной учитывает площадь зубного налета на вестибулярной поверхности (в баллах) шести нижних фронтальных зубов.

Гигиеническое состояние полости рта характеризуется в зависимости от величины ИГ в баллах:

- 1.1-1.5 хорошее;
- 1.6-2.0 удовлетворительное;
- 2.1-2.5 неудовлетворительное;
- 2.6-3.4 плохое;
- 3.5-5.0 очень плохое.

Результаты исследования. Ведущим симптомом патологии является воспаление. Его наличие диагностируется с помощью пробы Писарева – Шиллера. Принцип заключается в окрашивании раствором люголя гликогена десны (реакция с йодом). При воспалении происходит накопление гликогена в десне за счет керотенизации эпителия. Поэтому при взаимодействии с йодом воспаленная десна окрашивается более интенсивно чем здоровая. Она приобретает оттенки от светло – коричневого до темно – бурого. Более интенсивная окраска свидетельствует от большей степени воспаления. У детей проба применяется с целью выявления гингивита. Здоровая десна не окрашивается. Если цвет десны изменился, проба считается положительной. Эта проба не имеет значения у детей до 3-х лет, т.к. в этом возрасте на-

личие большого количества гликогена не свидетельствует о патологических изменениях воспалительного характера.

Осматривают зубы на наличие кариозных полостей, обращают внимание на цвет эмали, ее целостность, осматривают зубные ряды с целью определения аномального положения зубов, наличие аномалий прикуса и соотношения челюстей.

Далее необходимо сформировать у пациента положительную мотивацию к выполнению им правил гигиены полости рта. Важно информировать пациента о том, что от качества ухода за полостью рта зависит успех лечения заболеваний пародонта, сохранность здоровых зубов, пломб и реставраций.

Необходимо показать пациенту окрашенные поверхности зубов, чтобы потом устранить недостатки в чистке зубов. Рациональную чистку зубов объясняют с помощью муляжа. При приеме маленьких пациентов необходимо присутствие родителей (для контроля усвоенных навыков дома.)

Чистке межзубных промежутков должно уделяться особое внимание. Именно в них в наибольшей степени скапливается зубной налет, и именно в них чаще всего развивается кариес. Для очистки межзубных промежутков, помимо щетки, необходимо использовать специальные зубные нити – флоссы, методике применения которых обучает врач. Чистка при помощи флоссов проводится, как правило, вечером, после чистки зубов щеткой и пастой.

Следующий этап – подбор индивидуальных средств гигиены. Зубная щетка должна быть изготовлена из искусственной щетины, объединенной в пучки, которые определенным образом располагаются на щеточном поле. Головки зубной щетки могут иметь различные размеры, но чаще всего рекомендуют небольшие, чтобы обеспечивался свободный доступ ко всем отделам полости рта. Зубная щетка должна меняться приблизительно 1 раз в 3 месяца, но если в процессе чистки изменилась форма щетки, изменилось положение щетины головки щетки, ее нужно заменить раньше. Жесткость щетины зубной щетки должна подбираться индивидуально в зависимости от состояния полости рта и тканей пародонта.

При подборе зубной пасты следует учитывать, что она несет не только очищающую, но и лечебно – профилактическую нагрузку. К лечебно – профилактическим относятся 95% выпускаемых в настоящее время зубных паст. Надежную защиту от кариеса обеспечивают пасты, содержащие препараты фтора.

Одним из важных факторов сохранения здоровья зубов является правильное питание. И, напротив, неправильное питание – фактор риска возникновения кариеса. Полностью исключить сахар из рациона питания – неосуществимая, наверное, рекомендация, а вот уменьшить частоту потребления сладостей – это реально. Употреблять в большом количестве фрукты и овощи. Если нужно перекусить между основными приемами пищи, то никогда не использовать сладкую пищу, никогда не есть сладкого на ночь, а если съел сладкое, то прополоскать рот водой или съесть яблоко. Эти рекомендации всегда должны быть в арсенале врача.

Гигиена, которая осуществляется только пациентом, недостаточна для поддержания хорошего состояния полости рта. Кроме индивидуального ухода должна осуществляться гигиена полости рта, которая проводится врачом при посещении пациентом стоматологического учреждения. Полное удаление зубного налета может предотвратить развитие кариеса и воспаление десен. Это очень сложная задача, и выполнить ее можно, только используя специальные средства, аппараты, инструменты, которые имеются у врача. Сами пациенты должны неукоснительно выполнять назначения врача по индивидуальной гигиене.

В литературе до настоящего момента не существует единой терминологии, объективно характеризующей зубные отложения. Под одним и тем же названием нередко подразумевают различные структурные образования. Наиболее популярен в настоящее время термин «plaque» и его перевод на русский язык – «бляшка» или «зубной налет».

После профессиональной гигиены пациенты ощущают гладкую поверхность зубов и свежесть в полости рта. Паста, полируя поверхность, устраняет всякого рода неровности, шероховатости или трещинки, что предотвращает образование новых зубных отложений.

Контактные поверхности очищают штрипсами с мелкой насыпкой и ершиками. Если в полости рта имеются односторонние коронки, несъемные протезы, то они также подвергаются чистке пастами и полировке.

При наличии зубного камня проводят его удаление. Если у пациента имеется над- и поддесневые камни на всех зубах, их удаление проводят в несколько посещений, прибегая нередко к местному обезболиванию.

Для механического удаления зубного камня используют специальные наборы инструментов, для менее травматического удаления применяют вибрационный наконечник – скейлер. Он имеет большое количество разного вида насадок, которые облегчают удаление зубного камня в труднодоступных для инструмента местах.

После удаления зубного камня производится полировка зубов. Для больных с пародонтом тщательная полировка после снятия зубного камня совершенно необходима. Известно, что зубной камень концентрируется в малейших неровностях. Начинается полировка грубой полировочной пастой резиновой чашечкой неабразивного свойства. Затем производится обработка среднезернистой пастой, благодаря которой сглаживаются неровности, образованные предыдущей пастой.

В заключении профессиональной очистки зубов производится очистка межзубных пространств с помощью специальных средств. Очистка аппроксимальных областей осуществляют с помощью нити и мелкозернистой пасты. Для полировки значительно широких межзубных участков имеет смысл применение специальных межзубных щеточек. Затем производится заключительная ирригация полости рта для удаления абразивной пасты (для этой цели используются слабые растворы антисептиков). Также на данном этапе желательно провести контрольное определение гигиенических индексов.

Для улучшения процессов реминерализации эмали и дентина обязательным этапом профессиональной гигиены полости рта является флюоризация зубов с использованием фторсодержащих лаков и гелей.

Более эффективными и удобными в обращении средствами являются фторсодержащие гель и пенка. Реминерализующее действие основано на диффузии веществ из геля в слюну, а из слюны в зубы. Гель и пенка, обладая всеми свойствами фтористых соединений, действует в двух направлениях:

- останавливают рост бактерий, тем самым значительно снижая уровень зубного налета;
- благодаря высокому содержанию активных ионов фтора происходит трансформация кристаллической структуры эмали, что соответственно повышает резистентность эмали к действию химических кислот.

Гели и пенки в основном применяются в целях профилактики кариеса, как ремтерапия, а также в лечении пациентов с повышенной гиперестезией зубов (эрозия эмали, клиновидные дефекты, после снятия зубного камня, обточка зубов под коронки и т.д.).

Для удобства нанесения гелей и пенки используются индивидуальные разовые ложки (каппы). В завершении после окончания процедуры, которая длится не более 4 минут, удаляются излишки геля и рекомендуются пациентам в течение 30 минут не пить и не принимать пищу.

В идеальных условиях каждый человек должен проходить профессиональную гигиену один раз в полгода в течение всей жизни.

Заключение. В заключение можно сказать, что профилактика заболеваний полости рта – дело серьезное, и успех в значительной степени зависит от пациента. Необходима мотивация профилактических мероприятий. Основным доводом в пользу профилактики является то, что сохранение здоровых зубов или уменьшение их поражения значительно уменьшает объем стоматологических вмешательств.

Литература

1. Водолацкий М.П. Профилактика и эпидемиология стоматологических заболеваний. - Ставрополь, 2008. – 2013 с.
2. Кузьмина И.Н. Профилактическая стоматология. – М, 2009. – 185 с.
3. Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А., Кузьмина И.Н. Основы индивидуальной гигиены полости рта. Методы и средства. – М.: МГМСУ, 2008 – 116 с.
4. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. – М.: Медицинская книга, 2008. – 444 с.
5. Максимовский Ю.М., Сагина Ю.В. Основы профилактики стоматологических заболеваний.: Издательство ВЛАДОС – ПРЕСС, 2005. – 206 с.

Сандакова Д.Ц., Дабасамбуева А.З.
ПРЕДРАКИ ПОЛОСТИ РТА: ХЕЙЛИТ МАНГАНОТТИ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», МЗ РФ

Несмотря на разработку новейших технологий в области диагностики, лечения стоматологических заболеваний, комплексных мероприятий, направленных на улучшение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями процент запущенных случаев при диагностике новообразований визуальных локализаций, остаётся высоким.

Согласно данным состояния онкологической помощи в России в 2019-м году в поздних стадиях (III-IV) выявлены 62,8% опухолей полости рта, в 2018 году - 62,0%. [1] Причинами такой неблагоприятной ситуации являются позднее обращение пациентов, недостаточная онкологическая настороженность врачей-стоматологов, отсутствие комплексного лечения, диспансерного наблюдения за пациентами с воспалительными заболеваниями полости рта, в том числе относящимся к предраковым состояниям. [2]

Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти наблюдается реже других предраковых заболеваний полости рта и красной каймы. Заболеванию чаще подвержены мужчины старше 60 лет. Считается, что заболевание может быть связано с инволютивными процессами в организме, из-за которых происходит медленная регенерация тканей. Вредные привычки, как курение, жевание табака, употребление алкоголя повышают риск возникновения предрака. Также отмечаются местные травмирующие факторы, такие как острые края зубов, патологии прикуса и гальванические токи. Зачастую пациенты имеют хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, патологии различных органов и систем, что неблагоприятно сказывается на состоянии иммунной системы.

Анамнестические данные чаще констатируют о длительном течении заболевания, о преимущественном проведении местного лечения, терапии народными средствами, включая раздражающие и прижигающие средства.

Клиническая картина хейлита Манганотти характеризуется появлением одиночной или двух-трех эрозий в боковой части губы овальной формы размером до 1.0 см в диаметре. Эрозия имеет гладкую поверхность или покрыта корочкой. Воспаление окружающей красной каймы не характерно, при пальпации уплотнения не наблюдается. Эрозия может эпителизироваться без лечения и вновь рецидивировать, чаще на том же месте.

При гистологическом исследовании в эпителии определяется дефект с гиперплазией клеток шиповатого и базального слоёв, акантоз с наличием эпителиальных выростов в субэпителиальной зоне.

Клинические изменения в виде уплотнения краев, увеличения площади и углубления эрозий, появления кровоточивости могут свидетельствовать об озлокачествлении.

Сроки, в течении которого может возникнуть малегнизация, различны. Это зависит от множества факторов: наличия сопутствующей патологии, вредных привычек, местных травмирующих факторов. Риск озлокачествления хейлита Манганотти в среднем составляет 25-30%. Сроки перехода в рак варьируют от 2-3-х месяцев до десятилетий.

Лечение абразивного преканцерозного хейлита Манганотти начинают с санации полости рта, устранения травмирующих факторов. Консервативная местная терапия состоит из антисептической обработки, аппликации гормональных противовоспалительных мазей, средств, стимулирующих регенерацию – солкосерил (мазь, гель, дентальная адгезивная паста), 10% метилурациловая мазь. Общее лечение – масляный раствор витамина А по 10 капель 3 раза в день, витамины группы Е, В, С в лечебных дозах.

Эпителизация эрозий в течении короткого курса лечения предусматривает постоянное наблюдение врача за пациентом во избежание рецидива.

При отсутствии положительной динамики от проводимого лечения требуется хирургическое лечение-иссечение в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.

Клинический случай лечения пациента Ж., 67 лет.



Фото до лечения (1 фото) и на этапе лечения (2 фото)

Литература.

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году/. А.Д. Каприн, В.В. Старинский, А.О. Шахзадова //— М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. – ил. – 239 с.
2. Гилёва О.С., Либик Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта // Проблемы стоматологии. — 2013. — №2. — С. 3-7
3. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/Под ред. Е. В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. — 840 с: ил.
4. Злокачественные опухоли органов слизистой оболочки полости рта и языка. Учеб. -метод. пособие. / О. П. Чудаков, Л. Е. Мойсейчик, Т. Б. Людчик, Л. Г. Быкадорова.- Мн.: БГМУ, 2007.- 39

Сандакова Д.Ц., Дабасамбуева А.З., Обухова Ю.Г.
СИСТЕМА ФЛОРИДА ПРОУБ В ДИАГНОСТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2010), частота поражения тканей пародонта в разных странах мира составляет 98%.

Высокий процент распространенности данной нозологии, недостаточная эффективность проводимой терапии говорят об актуальности данной проблемы в стоматологии [3]. Проводятся многочисленные научные изыскания, предлагаются и внедряются новые методы лечения, но проблема не уменьшается. Воспалительные заболевания тканей пародонта в молодом возрасте не ограничиваются гингивитом, пародонтит уже отмечается в возрасте 20 лет и выше, что не позволяет данной проблеме уйти из эпицентра внимания.

Причинными факторами воспалительных заболеваний тканей пародонта является, в первую очередь, фактор инфекционный. Плохой уровень гигиены, местные факторы, усугубляющие течение заболеваний, такие как скученность зубов, патологии прикуса, мелкое преддверие полости рта, патологии прикрепления уздечек, играют большую роль в эффективности проводимых лечебных манипуляций. И данные факторы указывают о необходимости соблюдения комплексности лечения.

На сегодняшний день можно говорить, как о традиционных методах обследования, таких как рентгенологический, без которого не представляется возможным диагностика данной патологии, но и сравнительно новых, таких как система Флорида Проуб, которая несмотря на высокую диагностическую результативность, все же еще не нашла широкого применения в стоматологии.

В клинике медицинской академии, на сегодняшний день, активно внедрена данная методика, что дает предположить высокую эффективность терапии данной патологии при использовании компьютерного новшества.

Система Флорида Проуб - это современный программно-диагностический комплекс, который позволяет провести

точное исследование околозубных тканей (рис 1). Бесценным преимуществом данной системы можно назвать диагностику на ранних стадиях пародонтита, когда клинические признаки заболевания не выражены. В систему входит: программное обеспечение FP32, зондирующее устройство, компьютерный интерфейс, оптическое кодирующее устройство, соединительные кабели и трехпедальный ножной переключатель особой конструкции, с помощью которого данные обследования заносятся в компьютер [1].



Рис 1. Обследование пациента на аппарате «Florida probe»

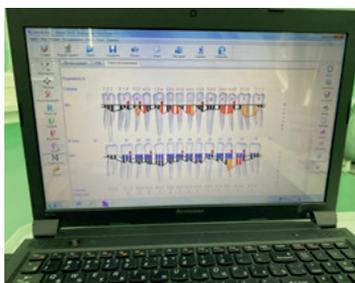


Рис 2. Электронная пародонтограмма



Рис 3,4. Измерение глубины пародонтального кармана

Зондирующим устройством является титановый зонд с присоединенной к нему трубкой-муфтой в диаметре 0,5 мм, которая обеспечивает плавность зондирования с неизменным уровнем давления в 20 г/см² (рис 3,4) [2]. Чтобы удостовериться в точности получаемых результатов были установлены значения индексов: подвижности зубов (А.И.Евдокимов,1975), РМА (С.Parma, 1960), кровоточивости (ВОЗ,1978).

Система Florida Probe фиксирует важные для диагностики заболеваний клинические проявления, такие как глубина пародонтального кармана, гноетечение, кровоточивость десны, степень ее рецессии, степень подвижности зубов и наличие налета, состояние костной ткани в области фуркаций зубов. При каждом зондировании зубов идут голосовые звукокомментарии, что создает дополнительную мотивацию и заставляет задуматься о состоянии своего стоматологического здоровья.

Проводится исследование всего в 168 точках, с 6 поверхностей в области каждого зуба.

Процедура обследования проходит для пациента безболезненно. Полученные результаты отражаются на мониторе в виде графической пародонтологической карты (рис 2), которая очень информативна для врача и пациента. В ней используются основные цветные клинические коды и дается их расшифровка. Кроме того, при повторном обследовании и у врача, и у пациента появляется возможность сравнить в динамике пародонтальные карты и сделать выводы об эффективности лечения, помогает прогнозировать дальнейшее течение болезни.

Таким образом, врачам стоматологам необходимо использовать данный вид обследования пародонта, который в комплексе с рентгенологическим методом исследования позволит врачу без труда провести дифференциальную диагностику и определиться с точным диагнозом. Ведь для врача основополагающим является правильная диагностика, выбор лечения и динамическое наблюдение благоприятного исхода заболевания в виде длительной ремиссии.

Литература

1. Круглова Н. В., Лукиных Л. М. Опыт использования компьютерной системы Florida Probe для диагностики воспалительных заболеваний пародонта // Современ. тех. мед. 2012. №4.
2. Грудянов А.И., Зорина О. А. Методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта. М: МИА, 2009. – 112 с.
3. Под общей редакцией профессора Ореховой Л.Ю. Заболевания пародонта / М.: Поли Медиа Пресс, 2004. - 432с.: илл. ISBN 5-94566-003-5

Сандакова Д.Ц., Паламова Т.В.
ГЕРПЕС-ВИРУСЫ. ЧТО НУЖНО О НИХ ЗНАТЬ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Герпесвирусы - группа широко распространенных заболеваний, вызываемых вирусами отряда *Herpesvirales* семейства *Herpesviridae*. Герпетическое поражение проявляется разной клинической картиной с вовлечением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов. Специфической особенностью всех герпесвирусов является их способность пожизненно сохраняться в нервных ганглиях человека и эпителиальных клетках (латентность вируса), периодически вызывая обострения болезни. Так называемая, дремлющая инфекция, характерна при условии нормального состояния иммунной системы. Клинические проявления развиваются на фоне нестабильного гомеостаза.

Выделяют восемь типов вирусов герпеса. Характерной особенностью заболеваний является нахождение вирусов в организме человека в латентном состоянии [1].

Острый герпетический стоматит вызывается вирусом 1 типа- *Herpes simplex*, подсемейством альфа-герпесвирусов. Клиника данного заболевания выражается в оральном, генитальном и офтальмо герпесах.

Первичное проникновение вирусов в организм осуществляется через кожу, слизистую оболочку и воздушно-капельным путём. Заболевание начинается остро, с повышения температуры от 37,5 до 39-40* С, явлений интоксикации- головной боли, общего недомогания. Пациенты жалуются на боль при приеме пищи, жжение, зуд. Клиническая картина зависит от степени тяжести заболевания. Характерно повышение слюноотделения, воспаление десны, чаще локализирующееся с оральной поверхности передних групп зубов. В полости рта возникают быстро вскрывающиеся пузырьки до 1-5 мм в диаметре. После вскрытия обнажаются мелкие эрозии округлой или овальной формы, болезненные, покрытые желто-серым налетом. Локализация чаще на щеках, языке, губах, но встречается и распространение по всей полости рта.

Возможно присоединение вторичной инфекции в виде фузоспирохетозная [3].



Фото 1 (а, б) Острый герпетический стоматит.



Фото 2. ОГС. Присоединение вторичной инфекции усугубляет течение болезни.

Опоясывающий герпес (herpes zoster) или опоясывающий лишай, вызывается 3 типом герпес-вирусов *Varicella zoster*, подсемейством альфа-герпесвирусов. Существуют 2 клинические формы заболевания, вызванного этим вирусом: ветряная оспа и опоясывающий лишай. Ветряная оспа возникает у людей при первичном контакте с вирусом. Опоясывающий лишай развивается только у лиц, болевших ранее ветряной оспой и имеющих вируснейтрализующие антитела. Опоясывающим герпесом болеют и дети, и взрослые, чаще ослабленные, пожилые люди. Часто заболеванию предшествует ОРЗ и ОРВИ, стрессовые ситуации, тяжелый физический труд. Передача происходит контактным или воздушно-капельным путём. Заболевание чаще встречается в осенне-зимний период. Характеризуется лихорадкой,

воспалением ганглиев некоторых черепных и межпозвоночных нервов, эритематозно-везикулярными высыпаниями на коже и слизистых оболочках по ходу поражённых чувствительных нервов. Поражение слизистой оболочки связано с вовлечением в процесс гассерова узла, второй и третьей ветвей тройничного нерва. Изолированное поражение слизистой оболочки полости рта встречается реже. Может вовлекаться только одна небольшая ветвь.

Инкубационный период длится от 7 до 14 дней. Затем появляется общая слабость, недомогание, головная боль, озноб, повышение температуры до 38-39*С. Общие проявления выражены не всегда. Одновременно с общими проявлениями или чуть позже появляются жгучие, невралгические боли, приступообразного характера по ходу поражённых нервов, усиливающиеся под воздействием раздражителей. Через 1-4 дня на гиперемизированной отёчной слизистой или коже появляются везикулы размером от 1 до 6 мм в диаметре. Везикулы быстро вскрываются, образуя мелкие эрозии, которые в дальнейшем могут сливаться в более обширные эрозии, покрытые фибринозным налётом. Пузыри возникают внутриэпителиально. При локализации в полости рта излюбленным местом является слизистая оболочка твердого нёба, вдоль зубного ряда. Поражение всегда одностороннее. Как правило в воспаление вовлекается десна на верхней челюсти, с нёбной поверхности. Отмечается гиперемия, выраженный отёк, боль при смыкании зубных рядов. У людей ослабленных, страдающих онкологическими заболеваниями, болезнями крови, заболевание протекает тяжело. Высыпания в этих случаях могут носить гангренозный или геморрагический характер. Пациенты отказываются от еды, местная механическая травма может усугублять течение заболевания. Опоясывающий герпес продолжается около 2-3 недель. Редко наблюдаются осложнения в виде «фантомных» болей, гиперестезий, невралгий в течении нескольких месяцев. Заболевание оставляет длительный иммунитет, но возможны рецидивы. Дополнительные методы исследования включают клинический анализ крови, выделение вируса из пузырьков крови, цитологическое исследование содержимого пузырьков и соскоба с эрозий. [4]

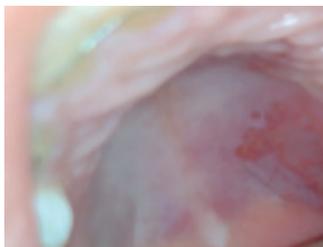


Фото 3. Опоясывающий герпес

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) вызывается вирусом 4 типа герпес-вирусов - вирусом Эпштейн-Барра, подсемейством гамма-герпес-вирусов. (ВЭБ Epstein-Barr virus). ВЭБ вызывает множество разнообразных заболеваний, таких как лимфому Беркитта, лимфогранулематоз, рак носоглотки, инфекционный мононуклеоз и др.

Наиболее распространенным путем заражения является воздушно-капельный путь - через слюну носителя, контактно-бытовой. Это объясняется тем, что в эпителии слюнных желез и в самом секрете находится наибольшая концентрация вирусных частиц. Как и другие заболевания, ИМ передается чаще в осенне-зимний период, когда иммунная система является ослабленной.

В зависимости от возраста пациента, состояния иммунитета, наличия сопутствующей патологии и многих других факторов, заболевание протекает по-разному.

Инфекционный мононуклеоз развивается не сразу после внедрения в организм вируса, инкубационный период для манифеста заболевания составляет от 2-х дней до 2-х месяцев. Продромальный период характеризуется общей слабостью, недомоганием, головной болью, субфебрильной температурой.

Выраженная стадия заболевания начинается с резкого подъема температуры, боли в горле. В процесс вовлекаются небные миндалины.

Клиника катаральной ангины переходит в лакунарную. Проявления на коже характеризуются в виде пятен на руках, теле. Отличительной особенностью является генерализованная лифаденопатия. При более длительном течении в полости рта, вначале на слизистой оболочке щек появляются

ся пятна красного цвета, имеющие генерализованный характер. На фоне пятен появляются множественные, сгруппированные пустулезные элементы на щеке, языке, переходной складке, губах. Через несколько дней происходит вскрытие пустулезных элементов с обнажением эрозий, покрытых фибринозным налетом. Течение заболевания длительное, затяжное, имеющее частые рецидивы, изматывающее пациента.

Диагностика герпес-вирусов проводится различными методами, но наиболее точным и быстрым методом диагностики герпетической инфекции считается полимеразная цепная реакция (ПЦР). Материалом для исследования является соскоб эпителиальных клеток с миндалин, элементов поражения, назофарингеальный мазок, кровь. Необходимо учитывать, что правильное взятие материала влияет на точность результата исследования.

Если при выраженной клинике ДНК вируса в мазках не высокая и соответствует латентной форме инфекции и трактуется как носительство, что не требует лечения, то необходимо для уточнения посмотреть уровень ДНК вируса в лимфоцитах крови.

Также используются для диагностики и другие методы, такие как иммуноферментный анализ (ИФА), когда определяются комплексные антитела классов Ig G и Ig M, которые указывают о наличии инфекции у данного пациента. [1,2]

Даже при отрицательном результате необходимо длительное наблюдение за пациентом, комплексное обследование с повтором исследований на наличие герпес-вирусов для предотвращения серьезных состояний, угрожающих жизни пациента.



а



б



В



Г

Фото 4 (а, б, в, г) Инфекционный мононуклеоз,
проявления в полости рта.

Литература

1. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека // Санкт-Петербург, 2013 г.
2. Исаков В.А., Сельков С.А., Мошетьова Л.К., Чернакова Г.М. Современная терапия герпесвирусных инфекций. Руководство для врачей// Санкт-Петербург, 2004 г.
3. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/Под ред. Е. В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. — 840 с: ил.
4. Терапевтическая стоматология: Учебник для врачей стоматологов/ Под редакцией Л.А. Дмитриевой. - М.: «МЕДпресс-информ», 2003. - 894 с: ил.

Смирницкая М.В., Зобнин В.В., Обухова Ю.Г.
**КРАТКИЙ ОБЗОР АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СИСТЕМ
ИЗОЛЯЦИИ**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Эффективная изоляция рабочего поля на сегодняшний день очень актуальна. Кроме традиционной системы Коффердам, используемой большинством стоматологов, существует множество альтернативных систем изоляции рабочего поля. Представляем краткий обзор имеющихся на рынке таких систем.

Аспирационная система FastDam (Practicon dental, США).



Система помещается в области группы зубов. Благодаря своей форме FastDam обеспечивает защиту и отведение щеки и языка, что облегчает работу, особенно при отсутствии ассистента. По периметру системы расположены 17 щелевидных отверстий, благодаря которым происходит аспирация жидкости.

Аспирационно-ретракционная система Freestom (APC Freestom).



С ее помощью вы получите легкий, удобный и свободный от слюны доступ к жевательным зубам нижней челюсти.

Клинические рекомендации:

1. Лечение кариеса любой локализации на жевательных зубах нижней челюсти.
2. Эндодонтическое лечение жевательных зубов нижней челюсти.
3. Ретракция и трофинг тканей десны при проведении стоматологического лечения.
4. Пародонтологическое лечение с локализацией патологии в области жевательных зубов нижней челюсти.
5. Проведение процедур в области жевательных зубов нижней челюсти:
 - Закрытый кюретаж
 - Удлинение клинической коронки
 - Консервативно-хирургическое лечение многокорневых зубов
 - Имплантация

В комплект входят одно устройство для левой стороны нижней челюсти и одно устройство для правой стороны. Вес каждого устройства 6 г., длина силиконовой трубки 140 мм.

Перед употреблением необходима стерилизация по МУ 287-113 паровым методом в режиме под давлением 0,11 МПа (2,1 кгс/кв. см), температуре 121°C и времени выдержки 20 минут или в режиме под давлением 0,05 МПа (0,5 кгс/кв. см), температуре 110°C и времени выдержки 180 минут. Для одноразового использования.

DryShield, Isolite, IsoVac, Mr.Thirsty и Izolation



Система Mr. Thirsty непосредственно в полости рта пациента - щека отведена в сторону, язык заблокирован, и его подвижность ограничена. Накусочный блок обеспечивает постоянное, комфортное для пациента и врача открывание рта. Система готова к эвакуации слюны и пыли.

OptiDam - оптимизированный коффердам фирмы KerrHawe. Основным отличием KerrHawe OptiDam™ является то, что его латексная пластина имеет трехмерный дизайн с сосцевидными бугорками. Такое строение латекса позволяет обойтись без применения разметки и пробойника, необходимо лишь срезать сосцевидный бугорок и образуется отверстие для зуба. Вся подготовительная работа с латексом заключается в срезании бугорков, соответствующих зубам, лечение которых запланировано.

Разработаны два вида латексных пластин для изоляции любых групп зубов - KerrHawe OptiPam Anterior – для изоляции клыков и резцов, KerrHawe OptiDam Posterior – для изоляции моляров и премоляров. Сочетание трехмерного дизайна латекса и рамки с анатомическим дизайном обеспечивает следующие преимущества: снижает натяжение латекса и давление на зажимы, не стесняет дыхания пациента, обеспечивает врачу прекрасный обзор и не мешает доступу в необходимую зону.



HandiDam компании Caseptico. Основным отличием от обычной системы коффердама является то, что завеса с нестандартной рамкой составляют одно целое. Такая конструкция способствует удобному наложению коффердама и лучшему доступу в ротовую полость. Также компанией представлен и безлатексный коффердам.

Insti-Dam - другая рамка.



OptraDam- система изоляции от компании Ivoclar-Vivadent.



Благодаря своей форме и двум пластиковым кольцам, одно из которых помещается по переходной складке, данная система автоматически фиксируется в полости рта. Из-за отсутствия напряжения латексной завесы нет необходимости использовать металлические зажимы. Также данная система позволяет делать рентгеновские снимки, не снимая ее. OptraDam представлен несколькими размерами (малый, средний и большой).

Текущие полимеризуемые изолирующие системы. Эти системы Top Dam (FGM, Бразилия), Liquid Dam (Shofu Dental Corporation), OpalDam (UltraDent) служат для локальной изоляции зубов или совместно с коффердамом, для их починки непосредственно в полости рта, при необходимости лечения с ортопедическими или ортодонтическими конструкциями.



Стоматологический ретрактор с аспирацией

Ретракция заключается в оттяжке тканей десны от зуба или нескольких с целью дальнейшего лечения с помощью специальных инструментов. Она применяется как в детской стоматологии, так и при лечении взрослых.



Роторасширители



Роторасширитель YDM (Япония)



3 размера S, P, SS детский.

Для успеха практически любого стоматологического лечения чрезвычайно важно надежно изолировать операционную область от воздействия различных жидких сред, бактерий и контакта со слизистой оболочкой рта или языка любым из предложенных способов.

Литература

1. https://vk.com/wall-58347905_10988
2. <https://docplayer.ru/27361351-Sistemy-izolyacii-rabochego-polya-v-stomatologii.html>
3. https://shop.stomatorg.ru/catalog/aksessuary_dlya_nalozheniya_plomb/optradam_plus_sredniy_refil_50_sht/

Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л., Зобнин В.В.
МЕТОДЫ ИНВЕРСИИ КОФФЕРДАМА

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Основная цель изоляции – «отделить» зубы от полости рта, чтобы не допускать попадания жидкостей и окружающих тканей в рабочее поле. Самыми слабыми местами в изоляции коффердамом являются отверстия, сделанные перфоратором. После наложения коффердама на свое место первое, что нужно сделать, – поместить резиновый платок под десневой край в зубодесневые бороздки. Этот процесс называется инверсией. Другими словами, инверсия – это процедура, при которой подворачивают резиновые края отверстий коффердама вокруг шеек зубов в зубодесневые бороздки для сохранения его в таком положении в течение всего сеанса реставрации. Очень важное правило: резиновое полотно должно располагаться около шейки зуба пассивно. Если материал растянут, инверсии добиться практически невозможно. Эластичные свойства резины очень полезны в этом процессе.

Самый простой способ выполнить инверсию – подуть воздухом вокруг пришеечной области и одновременно аккуратно протолкнуть края коффердама в зубодесневую бороздку шпателем- это называют «воздушная инверсия».



Получается, что резина, контактирующая с сухим зубом, не будет скользить, поэтому останется в области шейки зуба. Этот метод прекрасно подходит, когда границы препарирования находятся вне десневого края. Однако встречаются ситуации, когда эта техника не срабатывает. В случае если под резиновой завесой находится большое количество

слюны, трудно высушить зубы. Тогда рекомендуется использовать несколько ватных валиков в преддверии полости рта вовремя наложения коффердама. Другая сложная ситуация – когда зуб не полностью прорезался и его экватор находится в придесневой области. Эту проблему можно решить с помощью лигатур из зубной нити или дополнительного кламмера.

Инверсия с помощью флосса. Если инверсия воздухом совсем невыполнима, стратегия для инвертирования коффердама в зубодесневых бороздках заключается в использовании флосса вокруг зуба. Под апикальным давлением с помощью медленных движений коффердам должен катиться и инвертироваться. Инверсию следует проводить у всех зубов, которые нужно изолировать (например, определенный квадрант), а не только вокруг реставрируемых зубов. Это позволит предупредить неприятности во время адгезивных процедур, такие как просачивание слюны в области зубов с невыполненной должным образом инверсией.



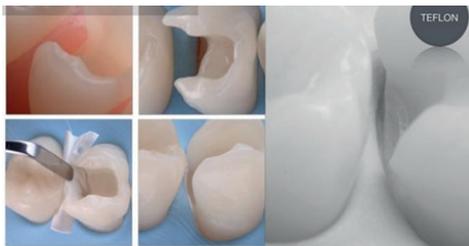
Инверсия с помощью завязываемых лигатур. Полезно использовать ее особенно при работе с полостями 2 или 3 класса. Этот метод обеспечивает два преимущества: во-первых, нить продвигает резиновый край глубоко в бороздку, близко к эпителиальному прикреплению, а во-вторых, нить затягивает коффердам вокруг зуба и удерживает его в этом положении во время проведения реставрации.

Такой вариант изоляции осуществим только в случаях, когда границы полости не затрагивают эпителиальное приращение. Так как резина и флосс эластичные, они не будут продвигаться под десну дальше, чем эпителиальное

прикрепление. При поражении зуба глубже эпителиального прикрепления нужно выбрать другую стратегию инверсии.



Инверсия с помощью тефлоновой ленты. Такая техника используется в случаях с затрудненной изоляцией. С помощью тефлоновой ленты можно поместить края коффердама глубоко в зубодесневые бороздки за границами реставрации. Чаще тефлон используется для проталкивания коффердама в вертикальном направлении в некоторых областях возле зубов. В полостях 2 класса, например, границы разрушения находятся близко к эпителиальному прикреплению, поэтому инверсия с помощью флосса невозможна. Почему так происходит? Это легче понять, если представить эпителиальное прикрепление как красную границу вокруг зуба. Эту красную линию нельзя повреждать при проведении инверсии. Пришеечная граница полости или край препарирования часто прикасаются или заходят за эту красную линию. В таких случаях коффердам будет оставаться на красной линии в этой конкретной области и не может быть инвертирован воздухом, флоссом или завязанными лигатурами.



Использование кусочка тефлоновой ленты, намотанного на влажную гладилку, позволит продвинуть коффердам

глубже за границы препарирования. Тефлон - материал, обладающий пластическими свойствами

Вывод: Для поиска новых решений, улучшающих и ускоряющих инверсию коффердама, были разработаны различные технологии и материалы. Нам доступны инструменты и техники для изоляции практически во всех ситуациях, даже самых сложных. Если все же какой-то зуб не поддается изоляции, стоит поднять вопрос, имеет ли он благоприятный прогноз на длительный срок? Я часто пользуюсь правилом: «Если я не могу изолировать зуб, его нельзя реставрировать в таком состоянии». В таких случаях стоит рассмотреть варианты клинического удлинения коронки или пересмотреть данные относительно прогноза этого зуба.

Литература

1. <http://www.styleitaliano.org/four-levels-of-inversion-for-rubber-dam-isolation>
<http://forum.stomatologija.su/i/pub/therapy/chetyre-urovnia-inversii-kofferdama-dlia-izoliatcii-zubov-r567/>
2. <https://olldent.ru/blog/chetyrie-urovnia-inversii-kofferdama-dlia-izoliatcii-zubov>

Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л., Лхасаранова И.Б.
ВУРАСС, КАК ВАРИАНТ ПРИ ОТЛОМЕ
ИНСТРУМЕНТА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Отлом эндодонтических инструментов в корневых каналах редкое явление, все чаще встречающееся в наше время. Если перед вами такой случай, необходимо провести рентгенографию (или визиографию) данного зуба с целью определения места отлома инструмента и длины отломка. Принять решение:

- 1) не удалять инструмент;
- 2) пытаться обойти его;
- 3) пытаться удалить сломанный инструмент.

При этом важно помнить, что не сам сломанный инструмент, а инфекция является причиной осложнений. Решение зависит от локализации отломка, его размеров, наличия очагов деструкции костной ткани в периапикальной области данного зуба.

На сегодняшний день под влиянием маркетингового давления и при наличии определенного инструментария и оборудования доктора автоматически начинают попытку удаления сломанного инструмента. Исследования показали, что сломанные инструменты является причиной провала эндодонтического лечения лишь в 0.96% случаев, ведь часто мы видим старые эндолечения со сломанными инструментами без каких либо признаков периапикального воспаления. А процедура удаления сломанного инструмента связана с потерей дентина корня, и поэтому может привести к таким осложнениям, как перфорация и вертикальная трещина корня из-за ослабления стенки корня вследствие потери дентина. А ведь мы знаем, что именно дентин обеспечивает прочность зуба.

Во многих случаях мы можем использовать методику Вурасс - это прохождение рядом со сломанным инструментом. Такая процедура позволяет нам очистить канал апикально и тем самым решить проблему инфицирования.

В общем, в каждой конкретной ситуации алгоритм действия немного разный

1. Если зуб был витальный при подготовке к протезированию или пульпит) и отлом инструмента за изгибом канала в его апикальной части. Прогноз хороший

в этом случае. Нет смысла в попытке извлечения инструмента.

2. Если также зуб был витальный (подготовка к протезированию и пульпит) и отлом инструмента произошел в корональной части канала с прямым доступом, мы естественно извлекаем инструмент.
3. Витальные зубы (подготовка к протезированию и пульпит). Если отлом инструмента в средней части или апикальной части канала без изгиба. Попытаться сделать Вурасс (удаление инструмента не обязательно).
4. Если зуб инфицирован и отлом произошел в конечной стадии формирования и чистки каналов. Нет необходимости в удалении сломанного инструмента.
5. Когда зуб инфицирован и отлом инструмента произошел в начальных стадиях формирования и чистки каналов. Необходимо попытаться пройти рядом со сломанным инструментом (Вурасс).

Данная клиническая тактика основана на понимании биологических процессов, лежащих в основе периапикальных патологий и биомеханики зубов. И чисто механистический подход - попытка удаления в любом случае - для решения проблемы сломанного инструмента не верен. Процедура удаления фрагмента сломанного инструмента связана с потерей здорового дентина корня. В процессе этой процедуры могут быть перфорации, либо, как отсроченное осложнение вследствие ослабления зуба, может возникнуть вертикальная трещина корня.

Примеры применения техники Вурасс:



Литература

1. <https://www.medical-cg.ru/statya/jendodontija/78/>
2. <https://przaboleva.ru/tehnika-bajpas-v-stomatologii.html>

Смирницкая М.В., Лхасаранова И.Б., Мищенко М.Н.,
Лебедев М.А.

ОШИБКИ В ЭНДОДОНТИИ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Эндодонтическое лечение включает в себя множество зависимых друг от друга действий, которые проводятся последовательно. Каждая манипуляция зависит от правильности выполнения предыдущей. В случае ошибки можно затруднить выполнение лечения, либо и вовсе привести дальнейшее лечение к провалу. В этой статье будут обсуждаться некоторые из наиболее распространенных ошибок, которые в конечном итоге могут привести к неудаче лечения.

1. Эндодонтическая анатомия. Одной из основных причин неудачи является отсутствие понимания или знаний об анатомии зуба. Это обычно приводит к тому, что каналы не обнаруживаются и, следовательно, не обрабатываются. Чаще такие ошибки возникают при поиске канала MB2.

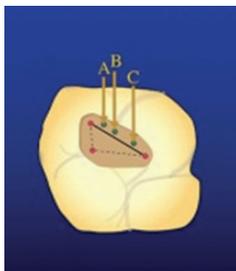


Рис. 1. Возможное расположение канала MB2 относительно медиальных и небного канала

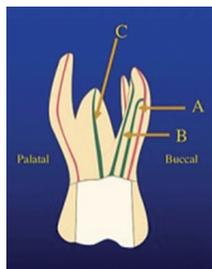


Рис. 2 Примерное расположение канала MB2

Найти МВ2 сложно, потому что он не обнаруживается на обычной рентгенограмме. Легко увидеть его на КЛКТ. Обнаружить МВ2 можно нарисовав воображаемую линию между медиально-щечным и небными каналами. Канал МВ2 будет немного мезиальнее этой линии, близко к медиально-щечному каналу. Обычно он находится в пределах от 3,0 до 5,0 мм от канала МБ (Рис. 1). В зависимости от того, где он находится, МВ2 может иметь одну из 3 ориентаций. В положении «А» он обычно соединяется с медиально-щечным каналом, и оба канала имеют общий апекс. Если он находится в положении «В», медиально-щечный и МВ2 разделены, и каждый канал имеет свой апекс. Если он находится в положении «С», между медиально-щечным и небными каналами фактически находится фактически можно сказать, что у МВ2 отдельный корень (Рис. 2). Если есть желобок, выходящий из медиально-щечного канала, то МВ2 чаще всего будет находиться в этом желобке (Рис. 3).

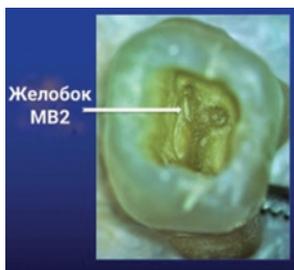


Рис. 3. Чаще МВ2 обнаруживают в желобке возле канала МВ

2. Ирригация. Ирригация является ключевым шагом во время эндодонтического лечения и может легко привести к ошибке в лечении. Проблема заключается в том, что механическая обработка удаляет только 35-50% дебриса в канале. Как мы можем убрать остальное и удалить биопленку? Другая проблема заключается в том, что нет ни одного ирриганта, который мог бы выполнить все, что необходимо во время ирригации. Единственный ирригант, который растворяет органику — это гипохлорит натрия. Второй ирригант, необходимый в стоматологии – Ирритрол - представляет

собой комбинацию ЭДТА и хлоргексидина. Это исключает использование двух отдельных решений и делает все то же самое в одном решении. ЭДТА удаляет смазанный слой и открывает каналы. Это позволяет хлоргексидину очень быстро убивать бактерии в каналах. ХГ является одним из немногих соединений, которые убивают *Enterococcus faecalis* (ведущая причина осложнений). Гипохлорит натрия не поможет в данной ситуации. Далее используется пассивная ультразвуковая активация гипохлорита для удаления остатков дебриса и уничтожения бактерий, остающихся в канале.

Необходимо всегда промывать канал ЭДТА и стерильной водой после использования гипохлорита натрия. Это предотвратит образование осадка при контакте гипохлорита натрия с хлоргексидином.

3. Недопломбирование и выведение за апекс. Все мы хотим качественной obturation системы корневых каналов. Литература показывает, что в 75% случаев апикальная констрикция (физиологическая верхушка) не совпадает с рентгенологической. В среднем, апикальная констрикция (точка, в которой сосудисто-нервный пучок входит в корень) находится в диапазоне от 0,0 до 2,0 мм меньше рентгенологической верхушки. Это можно определить только с помощью апекс-локатора. Как правило, при определении рабочей длины с помощью апекслокатора длина гуттаперчевого штифта будет на 0,5-2,0 мм меньше показанной длины.

Таким образом, для достижения наибольшего эндодонтического успеха, вы должны провести obturation точно до апикальной констрикции, т.к. активная завершечная терапия показала свою несостоятельность.

4. Другие ошибки в эндодонтии можно избежать при выполнении правильной obturation. Опыт показывает, что все методы заполнения корневых каналов имеют примерно одинаковую общую вероятность успеха. Если нет навыка или возможности obturировать методами разогретой гуттаперчи, можно использовать самый простой, самый распространенный - латеральную конденсацию и эпоксидный герметик. Эпоксидный герметик изначально антибактериальный.

5. Временная пломба. Вместо ваток под временную пломбу используют тефлоновую ленту (предварительно обработанную медикаментозно). Она не прилипает к пломбирочному материалу или зубу и, следовательно, может быть очень легко удалена из полости зуба. Далее проблема возникает с использованием дентин пасты в качестве временного материала. Дентин паста, которая в основном состоит из сульфата цинка, является мягким материалом, который вымывается у многих пациентов в течение одной недели, но их плюс в том, что они дают хороший герметизм. Поэтому лучше всего делать пломбу double-seal, - пломба двойной герметизации. Первый слой группа гипсов (Cavit, Coltozol, Simpat, Procasol, Maxit), второй слой цементы (IRM, Fuji, Силидонт-2). Убирать такую пломбу лучше ультразвуковой насадкой для снятия зубных отложений.

Заключение. Ошибки в эндодонтии могут быть трудоемкими и дорогостоящими как для пациента, так и для врача. При затрате чуть большего времени можно избежать многих проблем в эндодонтии.

Литература

1. Neves MA, Provenzano JC, Rôças IN, et al. Clinical antibacterial effectiveness of root canal preparation with reciprocating single-instrument or continuously rotating multi-instrument systems. J Endod. 2016; 42:25-29.
2. ElAyouti A, Hülber-J M, Judenhofer MS, et al. Apical constriction: location and dimensions in molars—a micro-computed tomography study. J Endod. 2014; 40: 1095-1099.
3. Ahmad IA, Alenezi MA. Root and root canal morphology of maxillary first premolars: a literature review and clinical considerations. J Endod. 2016;42:861-872.
4. Christensen GJ. Obturation in endodontics: are newer techniques better? Clinicians Report. June 2019;12(6):1.
5. Жохова Н.С. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения и пути их устранения.: Дисс. ... д.м.н.-М.-2018
6. <http://solomonov.pro/news/part1/id23/>

Сурдо Э. С., Галонский В. Г., Тарасова Н. В.
ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ
СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск*

Воспитание гигиенических навыков по уходу за полостью рта с раннего детства – наиболее эффективный путь профилактики кариеса зубов и большинства заболеваний тканей пародонта. На сегодняшний день актуально изучение вопросов проведения стоматологического просвещения у детей с ограниченными возможностями по зрению. Дети с нарушением зрения характеризуются своеобразием психофизического развития, недостаточным развитием двигательной сферы, что формирует определённые трудности в пространственной ориентации. Слабовидящие и слепые дети самостоятельно не могут овладеть навыками пространственного ориентирования и нуждаются в систематическом целенаправленном обучении, что доказывает сложность ухода за полостью рта такими детьми самостоятельно. Для решения этой проблемы в течение нескольких лет проводится работа с детьми данной категории сотрудниками и студентами кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии КрасГМУ на базе двух коррекционных школ-интернатов III–IV вида и детского сада компенсирующего вида г. Красноярска.

Специализированные дошкольные и школьные учреждения создают благоприятные предпосылки для управления развитием ребёнка с учётом особенностей его познавательной деятельности. Вместе с тем, в обстановке интерната слепой ребёнок изолирован от внешнего, большого мира и его проблем, не представляет всех трудностей, которые встанут на его жизненном пути в дальнейшем. Зачастую позиция родителей не способствует включению слепого в семейные отношения, в бытовые проблемы и круг общения [3]. В данной связи такие дети требуют особого подхода в процес-

се обучения пространственной ориентировке, так как различная степень тяжести зрительной патологии вносит своеобразие в её развитие. Анализ этих трудностей позволяет увидеть особенности осуществления детьми с нарушением зрения этого вида деятельности и правильно спланировать обучение [5, 9].

Главная задача школы – подготовка выпускника к самостоятельной трудовой жизни в изменяющемся обществе обуславливает (наряду с другими направлениями) введение в учебный план занятий по социально-бытовой ориентировке. Актуальность данного направления работы специальных школ подтверждена опытом самостоятельной трудовой жизни её выпускников. Ориентировка в пространстве – одна из актуальных и сложных проблем, входящих в сферу социальной адаптации детей с нарушением зрения. Объясняется это тем, что успешность интеграции человека со зрительной патологией во многом зависит от его способности самостоятельно ориентироваться в пространстве своего дома, на улицах города, в различных учреждениях и в общественных местах [6, 7]. Дошкольники с нарушением зрения характеризуются своеобразием психофизического развития, что проявляется в недостаточной двигательной активности, сложностями формирования двигательной сферы [1, 13]. В свою очередь, это вызывает у детей трудности пространственной ориентации и недостатки в её развитии, что ограничивает в дальнейшем их самостоятельность и активность во всех сферах деятельности. Девочки значительно чаще сталкиваются с трудностями, связанными с повседневной жизненной деятельностью, чем мальчики [11]. Дети рассматриваемой категории (особенно с глубокими нарушениями зрения) спонтанно, самостоятельно не могут овладеть навыками пространственного ориентирования, и нуждаются в систематическом целенаправленном обучении.

Анализ тифлологической литературы, посвященной обучению социально-бытовой ориентировке убеждает в том, что тифлопедагог знакомит слепого ребёнка с приёмами выполнения задания, соответствующего программному материалу, и делает это в соответствии с особенностями его

познавательной деятельности, трудностями усвоения бытовых и других навыков на иной сенсорной основе. К сожалению, приходится признать, что и программа по социально-бытовой ориентировке и известные публикации нацеливают тифлопедагога лишь на то, чему надо учить, но не объясняют, какими дидактическими приёмами при этом следует пользоваться и каким образом формировать тот или иной навык деятельности у школьника с сенсорной депривацией зрения [4].

Не всегда знакомство ребёнка с предметным миром следует начинать посредством зрения. Там, где это возможно, нужно активно приучать детей узнавать признаки и свойства предмета и с помощью осязания, слуха, обоняния, вкуса и т.д. Вначале можно предложить ребёнку потрогать объект рукой, провести пальцами по контуру фигуры. Важно развивать у слабовидящих детей активные умения использовать осязание для узнавания объектов. Очень полезно для развития осязания игра «в чудесный мешочек», в которой можно положить различные предметы. Ребёнок отгадывает на ощупь находящиеся в мешочке овощи, фрукты, игрушки, предметы быта и др. При этом ребёнку нужно показать, как следует узнавать предмет на ощупь – пальцами надо провести по всему предмету, взять его всей рукой, потрогать отдельные детали и т.д. [8].

Включение в процесс восприятия всех органов чувств будет способствовать их активному развитию и формированию умений детей опираться на получаемую информацию. Участие сохранных органов чувств в процессе восприятия при слабовидении обогащает представление детей о предметном мире. Ребёнок в результате этого может полнее осознать вкусовые, обонятельные, осязательные признаки объекта. Все эти признаки он познает без участия зрения. Данные педагогические приёмы можно хорошо реализовать в игре, так как мы знаем, что в дошкольном возрасте дети предпочитают игру всем другим занятиям. Воспитатель стремится к тому, чтобы у ребёнка, использующего его помощь, вырабатывалась активность и самостоятельность поступков и действий. Один из важнейших мотивов

поведения, характерных для ребёнка раннего дошкольного возраста, является мотив общения со взрослым, от которого он получает помощь, ласку и заботу. Это позволяет воспитателю вводить новые формы мотивации деятельности при опоре на непроизвольное внимание детей. Общение со взрослыми помогает преодолеть то отставание в развитии, включая задержку развития активного словаря, которое возникает вследствие замкнутости у детей, пришедших из домов ребёнка. Наличие постоянной речевой среды, стимулирование речевого общения ребёнка приводит к активизации его словаря и овладению навыками речевого общения. То есть, появляются новые возможности обучения, связанные с использованием речи как компенсаторного средства, способствующего устранению вторичных отклонений в развитии, связанных со слепотой [10].

Осязание играет для ребёнка с нарушением зрения очень важную роль в познании окружающего мира. Рука заменяет незрячему зрение, она даёт знания и представления об окружающих его предметах. Доказана прямая связь между развитием у ребёнка осязания, тонкой моторики рук и его интеллектуальным развитием [12]. Тифлопедагог М. Брамбринг подробно описал методику обучения слепого ребёнка «направление руки сзади». Направление руки сзади важно прежде всего при обучении тем видам деятельности, которые совершаются руками, например при открывании коробочки или при еде с ложки, при этом руки ребёнка и обучающего взрослого движутся в одном направлении. Всё более популярным становится метод сопровождения «рука под рукой», при котором руки ребёнка лежат на руках взрослого, что позволяет ему ощущать действия другого и изучать предметы в руках взрослого и в то же время иметь возможность избежать нежелательного тактильного контакта (убрать руки), если что-то вызывает у ребёнка неприязнь или тревогу [2]. При обучении гигиене полости рта за основу была взята методика «направление руки сзади наставником», заключающаяся в коррекции в правильном направлении выполняемых мануальных движений ребёнком врачом-стоматологом, с обязательным звуковым сопрово-

ждением – словесным пояснением выполняемых действий и их назначении. Мотивация играет стимулирующую роль в формировании трудовых навыков, а усложнение мотивом способствует переходам ко всё более сложным и социально более значимым формам деятельности в детском коллективе.

Учитывая выше изложенные особенности восприятия окружающего мира детьми с сенсорной депривацией зрения, такими как, трудность узнавания объектов, когда вкусовые, обонятельные, осязательные признаки предметов осознаются без участия зрения, сложности ориентировки в пространстве; своеобразие психофизического развития, ограничение самостоятельности и активности во всех сферах деятельности актуальна разработка специальной программы по санитарно-гигиеническому обучению индивидуальной гигиене полости рта данной категории больных, основанной на принципах тифлопедагогики.

Литература

1. Азарян, А. Р. Правильная ходьба и манера движений как важное условие социализации слепых и слабовидящих / А. Р. Азарян // Физическое воспитание детей с нарушением зрения в детском саду и начальной школе. – 2005. – № 5. – С. 14–17.
2. Брамбринг, М. Ребёнок с врождённой слепотой в семье: ранняя помощь и развитие в первые годы жизни / М. Брамбринг. – Москва: Теревинф, 2019. – 196 с.
3. В помощь родителям детей, имеющих нарушения зрения и слуха: Сб. ст. / Под общ. Ред. И. В. Саломатиной. – М.: РГБС, 2002. – 68 с.
4. Залюбовский, П. М. Сенсорные предпосылки общения человека в условиях слепоты / Залюбовский П. М. // Дефектология. – 1981. – № 2. – С. 35.
5. Земцова, М. И. Учителю о детях с нарушением зрения / М. И. Земцова. – М.: Просвещение. – 1973. – 158 с.
6. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб пособие для пед. вузов / А. Г. Литвак. – СПб.: Каро, 2006. – 324 с.

7. Островская, Е. Б. Формирование представлений о замкнутом пространстве у слепых и частично видящих младших школьников / Е. Б. Островская // Дефектология. – 1976. – № 2. – С. 54–57.
8. Развитие восприятия у ребёнка: пособие для коррекционных занятий с детьми с ослабленным зрением в семье, детском саду, начальной школе / Л. П. Григорьева, М. Э. Бернадская, И. В. Блинникова, О. Г. Солнцева. – М.: Школа-Пресс, 2001. – 96 с.
9. Рудакова, Л. В. Коррекционная программа по пространственной ориентировке слепых дошкольников / Л. В. Рудакова // Специальные коррекционные программы для дошкольников с тяжёлыми нарушениями зрения / Под ред. В. А. Феоктистовой. – СПб.: 1995. – С. 6–33.
10. Солнцева, Л. И. Формирование мотивов поведения и их роль в трудовой деятельности слепых детей дошкольного возраста / Л. И. Солнцева // Дошкольное воспитание аномальных детей. – 1976. – № 2. – С. 58–64.
11. Badr, H. E. Assessment of visual disability using the WHO disability assessment scale (WHO-DAS-II): role of gender / H. E. Badr, H. Mourad // Br. J. Ophthalmol. – 2009. – Vol. 93. – P. 1365–1370.
12. Pring, L. Psychological characteristics of children with visual impairments: learning, memory and imagery / L. Pring // Br. J. Visual Impairment. – 2008. – Vol. 26, № 2. – P. 159–169.
13. Tellevik, J. M. Activity-based intervention for multiple-disabled visually impaired people / J. M. Tellevik, B. Elmerskog // Br. J. Visual Impairment. – 2009. – Vol. 27, № 3. – P. 204–220.

Сурдо Э. С., Тарасова Н. В., Черепанова Н. А.,
Галонский В. Г.

**ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СМЕННОГО
ПРИКУСА**

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск*

Введение. Высокая стоматологическая заболеваемость детского населения Российской Федерации остаётся одной из актуальных проблем отечественного здравоохранения. В среднем у каждого подростка регистрируется 4–5 зубов, поражённых кариесом [1]. Более половины учащихся средних классов общеобразовательных школьных учреждений имеют признаки поражения тканей пародонта: у 31% определяется кровоточивость десен, у 25% выявлен зубной камень [2]. Базовым способом, который позволяет одновременно предупредить, либо снизить клинические проявления патологии твёрдых тканей зубов, является гигиена полости рта. Регулярное, полноценное удаление микроорганизмов содержащихся в зубном налёте не только эффективно для предупреждения развития поражений твёрдых тканей зубов, но и способно обеспечивать обратное развитие патологии на ранней стадии развития болезни при очаговой деминерализации эмали зуба [3]. Правила ухода за органами полости рта, гигиенические навыки передаются детям посредством санитарно-просветительской работы врачей-стоматологов, педиатров, среднего медицинского персонала общеобразовательного школьного учреждения. Укрепление мотивации детей и их родителей к ежедневному выполнению гигиенических процедур по уходу за полостью рта – одна из важнейших задач врача-стоматолога [4].

Цель исследования – определить эффективность проведения программы профилактики основных стоматологических заболеваний в организованном детском коллективе.

Материал и методы исследования. Исследования проводились в гимназии № 14 (школа экономики, управления и права) г. Красноярска. В ходе исследовательской работы наблюдали 46 школьников (24 мальчика и 22 девочки) в динамике с 2014 по 2018 год, с 8-ми летнего возраста до 12-ти лет (периода формирования постоянного прикуса).

Школьникам читали лекции о здоровом образе жизни и профилактике стоматологических заболеваний, проводили практические занятия по обучению правилам гигиенического ухода за полостью рта. Учащимся были даны рекомендации по питанию в сторону увеличения потребления количества молочных продуктов (не жирных), свежих овощей и фруктов, кратность приёма пищи не менее 4 раз в день, с последний приёмом пищи за 1,5–2 часа до сна. Зимой и весной в течение 4 недель проводилась витаминизация витамино-минеральным комплексом в 2014 и 2015 годах использовали «Комплевит», а 2016–2018 годах предпочтение отдали лекарственному препарату «Алфавит школьник», который содержит оптимальное количество витаминов и микроэлементов для детей ведущих активный образ жизни.

Для проведения гигиены полости рта были предложены лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие противокариозные компоненты и активные составляющие для регуляции процессов созревания эмали постоянных зубов, а также обладающие хорошими очищающими свойствами. Были даны рекомендации по выбору и использованию зубной щётки, школьники были обучены стандартному методу механического очищения зубов. Чистку зубов рекомендовалось осуществлять 2 раза в день (после еды, утром и вечером) по стандартной методике Г. Н. Пахомова. Три раза в год проводилась контролируемая чистка зубов у школьников, под руководством врача-стоматолога. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс гигиены Грина-Вермилиона (1964).

Всем детям были проведены мероприятия по глубокому фторированию зубов по методике Knappwost (1997). Манипуляции проводились по стандартной методике, но отличались кратностью применения эмаль-герметизирующего

ликвида. В первое посещение проводилась профессиональная чистка зубов и после изоляции зубов от слюны наносили жидкость № 1 на поверхность зубов на 90 секунд, затем наносили жидкость № 2 и через 90 секунд всё смывали водой. Второе посещение по проведению глубокого фторирования зубов у школьников осуществлялось через неделю после первого. Третье посещение проводилось через 3 недели после второго посещения, техника проведения лечебных манипуляций не отличалась от лечебных манипуляций, проводимых в первое посещение. Глубокое фторирование постоянных зубов у учащихся проводилось 2 раза в год.

В течение 5 лет 2 раза в год проводилось клиническое обследование школьников. Определяли распространённость кариеса зубов, индекс интенсивности кариеса: КПУ+кп – в сменном прикусе и КПУ – при постоянном прикусе, а также средний показатель интенсивности кариеса в группе.

Результаты исследования. Клинические исследования показали, что при первичном осмотре детей в 8 лет индекс гигиены (Грина-Вермилиона, 1964) был определён как неудовлетворительный (2,4) (Рис.1).

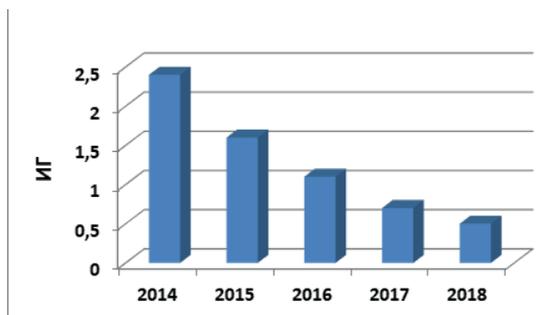


Рис. 1. Изменение показателей индекса гигиены у школьников в динамике с 2014 по 2018 гг.

При исследовании динамики гигиенического индекса (ИГ) наблюдали, что через год проведения профилактических мероприятий удалось добиться удовлетворительных показателей ИГ (1,6). Через 2 года профилактической работы индекс гигиены составил 1,1, что соответствует удовлет-

ворительному гигиеническому состоянию полости рта, но у школьников появилась положительная мотивация по отношению к проведению гигиенических мероприятий по уходу за полостью рта. У детей повысился интерес к своему здоровью, и увеличилось количество обращений учащихся к врачу-стоматологу за консультацией по рациональному выбору предметов и средств, для проведения индивидуальной гигиены. При проведении контролируемой чистки зубов среди школьников и определении гигиенического состояния полости рта мы обратили внимание на дух соперничества среди учащихся по поводу хорошего гигиенического содержания полости рта. В конце нашего исследования за пять лет обучения удалось добиться хороших показателей ИГ (0,5) у учеников гимназии (рис.1). Этому способствовали наши рекомендации по коррекции питания, которые обсуждались с детьми и родителями, постоянные консультации по правильному выбору средств гигиены, заинтересованность в проведении гигиенических мероприятий родителей и педагогического персонала гимназии. Мануальные навыки в начале гигиенического обучения были неудовлетворительные, о чём свидетельствовал индекс гигиены (2,4), однако это негативное явление удалось устранить через год, добившись удовлетворительных показателей ИГ. Через 4 года у учащихся произошло улучшение мануальных навыков до хороших показателей за счёт проведения врачом-стоматологом регулярной контролируемой чистки зубов.

При поведении первичного осмотра в 2014 году у 11 школьников (23,9%) в возрасте 8 лет КПУ+кп = 0. Распространённость кариеса зубов в 2014 году у обследованных детей составила 76,9%. Начиная с 2014 года в течение 4 лет учащимся (46 человек), два раза в год проводилось глубокое фторирование зубов по методике Knappwost. И в 2015 году распространённость патологии твёрдых тканей снизилась на 11,6%, и составила 65,3%. За время проведения профилактических мероприятий у школьников наблюдалось стойкое снижение количества поражённых кариесом зубов, и к 2018 году распространённость кариеса составила 48,5%, что на 28,4% ниже по сравнению с 2014 годом (рис. 2). Это

связано с тем, что произошла полная замена поражённых кариесом временных зубов на интактные постоянные, за 5 лет выработались устойчивые мануальные навыки по правильному уходу за полостью рта, следовательно, произошло улучшение гигиенического состояния полости рта. Так же снижению распространённости кариеса зубов у учащихся гимназии способствовало регулярное проведение глубокого фторирования прорезавшихся постоянных зубов, коррекция питания и регулярное проведение витаминотерапии. Дети в течение 5 лет находились на диспансерном наблюдении, и при диагностировании кариеса в стадии пятна мы проводили дополнительно мероприятия по глубокому фторированию поражённых кариесом зубов и в 91,8% случаев патологический очаг был ликвидирован.

При первичном обследовании 46 учащихся гимназии в 2014 году средняя интенсивность кариеса составила 4,5. Из таблицы 1 следует, что в результате проведения нами профилактических мероприятий и гигиенического воспитания интенсивность кариеса зубов у школьников в 2018 году снизилась на 2,9 и составила 1,6.

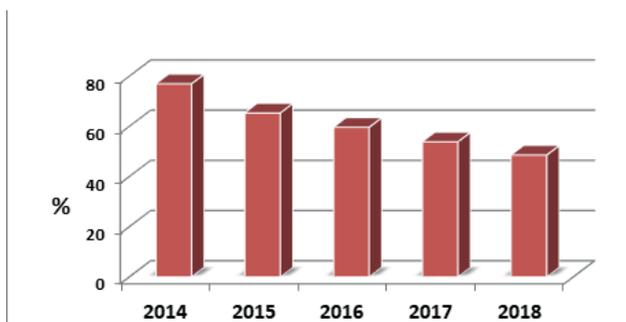


Рис. 2. Распространённость кариеса зубов у школьников (%)

Таблица 1

Средняя интенсивность кариозного процесса у школьников

Год	2014	2015	2016	2017	2018
Индексы (КПУ + кп)	4,5	3,8	2,9	2,0	1,6

Выводы:

1. Гигиеническое воспитание, проводимое в комплексе с профилактическими мероприятиями в течение пяти лет, позволяет добиться хороших показателей индекса гигиены (0,5) у учеников гимназии.
2. Уровень распространённости кариеса зубов у школьников снизился с 76,9% до 48,5% за время проведения образовательной школьной программы стоматологической профилактики.
3. Снизилась средняя интенсивность кариеса зубов у учащихся с 4,5 в 2014 году до 1,6 в 2018 году, что свидетельствует об эффективности проводимых нами профилактических мероприятий.

Литература

1. Ахметзянова, Г. Р. Оценка противокариозного действия питания на состояние зубов в детском возрасте: Автореф. дис....канд. мед. наук / Г. Р. Ахметзянова. – Казань, 2009. – 18 с.
2. Каплан, З. М. Медико-социальные основы формирования стоматологического здоровья молодежи: Автореф. дис....канд. мед. наук / З. М. Каплан. – Москва, 2007. – 21 с.
3. Лукиных, Л. М. Интенсивность и распространённость кариеса зубов и мотивация к регулярному уходу за полостью рта у детей / Л. М. Лукиных, С. Ю. Косюга // Стоматология. – 2001. – № 5. – С.73–75.
4. Улитовский, С. Б. Пути профилактики кариеса зубов / С. Б. Улитовский // Новое в стоматологии. – 2002. – № 2. – С. 32–36.

Сурдо Э. С., Черепанова Н. А., Галонский В. Г.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ
ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск*

Введение. Основной проблемой детской стоматологии по-прежнему остаётся кариес зубов и его осложнения. Наличие кариозных зубов как очага хронической инфекции способствует аллергизации организма, снижению иммунитета и поддерживает заболевания других органов и систем [3]. Раннее удаление временных зубов ведёт к нарушению прикуса у ребёнка, нарушению последовательности прорезывания зубов. Отсутствие полноценного пережёвывания пищи способствует возникновению проблем функционирования желудочно-кишечного тракта. Также возникают логопедические и эстетические нюансы, что в совокупности может привести к неблагоприятным психологическим последствиям развития ребёнка в целом [4].

Лечебно-профилактическая направленность детской терапевтической стоматологии обуславливает необходимость зубосохраняющего лечения пульпита и, по возможности, сохранение всей пульпы или её части. Выбор метода лечения пульпита молочных зубов был и остаётся в настоящее время до конца не решенной проблемой. Сложность определяется несколькими факторами: трудности в налаживании психологического контакта с ребёнком, в сборе анамнеза и проведении диагностических мероприятий (в том числе и рентгенологического исследования), при проведении местной анестезии и невозможность проведения длительных (более 30–40 мин.) лечебных процедур под местной анестезией, анатомо-физиологические особенности пульпы и т.д. [1]. Лечение пульпита в однокорневых зубах благодаря их анатомическому строению и наличию хорошего доступа к ним, как правило, не представляет трудностей. Значительно сложнее обстоит дело с многокорневыми зубами, каналы

которых искривлены, имеют многочисленные анастомозы, а затрудненный подход к полостям зубов не всегда позволяет провести качественное лечение. Пломбирование корневых каналов временных моляров также сопряжено с определенными трудностями. Тонкий эмалево-дентинный слой, большая по объёму полость зуба, широкие дентинные каналы и тонкий слой дентина в области бифуркации обуславливают высокую проницаемость дентина и способствуют проникновению инфекции в область бифуркации и возможности инфицирования зачатка постоянного зуба. Подобных осложнений можно избежать в случае сохранения жизнеспособности корневой пульпы, что возможно только после витальной ампутации коронковой части пульпы и создания благоприятных условий для сохранения и функционирования корневой пульпы. Витальная корневая пульпа является барьером для проникновения микроорганизмов в периапикальные ткани, исключает развитие в них очагов одонтогенной инфекции, а также негативное влияние на зачатки постоянных зубов. При наличии живой пульпы в корневых каналах временных зубов практически не наблюдается внутренняя резорбция корня, а физиологическая резорбция протекает в соответствующие сроки, что способствует формированию нормального прикуса [2, 5].

Для лечения пульпитов временных зубов применяют различные методы, однако чаще всего в клинической практике проводят витальную или девитальную ампутацию пульпы. Экстирпационные методы лечения пульпитов временных зубов применяют ограниченно, преимущественно при лечении пульпита однокорневых зубов со сформированным корнем.

Цель работы – изучение ошибок и осложнений при лечении пульпита временных зубов у детей на массовом стоматологическом приёме.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование результатов лечения 1138 случаев пульпита временных зубов у детей в возрасте 2–7 лет, которое осуществлялось врачами стоматологического отделения «Красноярской городской детской поликлиники».

ки №2». Большинство случаев пульпита временных зубов было вылечено с помощью метода витальной ампутации пульпы (пульпотомия с применением материала «Пульпотек», Products Dentalies SA, Switzerland). В 32,3% случаях выполнена девитальная ампутация пульпы (с применением безмышьяковистых препаратов для девитализации пульпы и резорцин-формалинового метода для мумификации корневой пульпы). Критерием успешного лечения пульпита считали сохранение временного зуба до его физиологической смены. Осложнениями считали разрушение коронки зуба, развитие острых и хронических одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области (периодонтит, периостит, образование радикулярной кисты и др.). Наблюдение после лечения пульпита временных зубов проводили в течение 3 лет.

Результаты исследования. По нашим данным, в 2015–2017 гг. пульпит временных зубов встречался у небольшого количества детей раннего возраста: годовалые – 0,1%, 2-летние – 1,7%, 3-летние – 6,4% от общего числа осмотренных. Однако распространённость патологии резко возрастала у дошкольников и составляла в возрасте 4 лет – 20,2%, 5 лет – 28,9%, 6 лет – 34%. У школьников младшего возраста уровень распространённости пульпита временных зубов оставался высоким, у 7 летних – 31,6% и снижался у 8–9 летних детей: 13,3% и 4,3% соответственно. Наибольшая потребность в лечении пульпита временных зубов была выявлена среди детей 4–7 лет, причём величина показателя существенно возросла с 2015 по 2017 гг.: с 490 до 573,5 случаев год в расчёте на 1000 осмотренных.

Анализ медицинской документации показал, что лечение пульпита временных зубов у детей проводилось преимущественно по поводу хронического фиброзного пульпита (77,6% случаев), реже – по поводу обострения хронического фиброзного пульпита (12,4%). Наиболее часто лечили пульпит во временных молярах – 95,4% случаев. Предварительное рентгенологическое обследование проводилось лишь в 20,4% случаев. При повторных обследованиях детей рентгенографию зубов, вылеченных по поводу пульпита, прово-

дили при наличии жалоб (ноющие боли в зубе, боли при накусывании, наличие свищевого хода, отёк мягких тканей и т.д.) и выявлении симптомов развития воспалительных процессов (синюшность десны, резорбция или выбухание вестибулярной стенки альвеолы и т.д.) – 24,7% случаев. При выявлении на рентгенограммах зубов, вылеченных по поводу пульпита, очагов деструкции костной ткани в периапикальной области, временные зубы удаляли. Развитие хронического гранулирующего периодонтита было основной причиной преждевременного удаления зубов, вылеченных по поводу пульпита (80,3% от общего числа удалений), другие причины встречались значительно реже.

Анализ частоты преждевременных удалений зубов после проведённого лечения пульпита временных зубов показал, что в течение 1 года после лечения было удалено 7,8% зубов, 2 лет – 10,2%, 3 лет – 9,6%. Таким образом, через три года общее количество удалённых зубов составило 27,6%.

Сравнительный анализ результатов пульпотомии и девитальной ампутации выявил различия в эффективности лечения пульпита временных зубов через 3 года: 84,2% и 38,8% соответственно. Основными ошибками при лечении пульпита временных зубов, приводящих к развитию осложнений в отдалённые сроки, было отсутствие рентгенологического контроля до и после лечения (43,5% от общего числа осложнений), нарушение технологии выполнения методов (31,2%), в том числе сокращение сроков лечения (применение «пульпотека» в одно посещение, уменьшение периода для мумификации пульпы до 1–2 дней). Развитию осложнений способствовали появляющиеся дефекты и выпадения пломб (35,8%), что приводило к разрушению коронки зуба, разгерметизации корневых каналов и повторному инфицированию. Кроме того, одной из причин развития осложнений было незавершенное лечение пульпита, которое чаще встречалось при девитально-ампутационном методе лечения, чем при пульпотомии (12,1% и 4,2%).

Заключение. На массовом стоматологическом приёме частота осложнений через три года после лечения пульпита временных зубов у детей в возрасте 2–7 лет составляла

30,9%. Применение пульпотомии у детей было в 2,2 раза эффективнее, чем девитально-ампутационный метод лечения пульпита временных зубов. Профилактике осложнений после лечения пульпита временных зубов будет способствовать строгое соблюдение стандартов стоматологического обследования и лечения детей, применение эффективных пломбирочных материалов и профилактических коронок, диспансеризация детей с кратностью наблюдения не реже 2 раз в год.

Литература.

1. Гажва, С. И. Анализ осложнений, возникающих в результате лечения пульпита молочных зубов методом девитальной ампутации / С. И. Гажва, Е. С. Пожиток // Клиническая стоматология. – 2009. – № 3. – С. 68–71.
2. Дедеян, С. А. Опыт клинического применения препарата «Пульпотек» при лечении пульпитов временных и постоянных моляров методом витальной пульпотомии / С. А. Дедеян, В. Р. Дедеян // Новое в стоматологии. – 2006. – № 3. – С.53–54.
3. Зубайдуллаева, М. А. Кариес зубов у детей раннего возраста: эпидемиология, этиология, профилактика, лечение / М. А. Зубайдуллаева, Р. А. Рахимбердиев // Достижения науки и образования. – 2020. – № 4 (58) – С.79–87
4. Кисельникова, Л. П. Современные подходы к лечению пульпита во временных зубах у детей / Л. П. Кисельникова // Институт стоматологии. – 2007. – № 4 – С.79–81.
5. Результаты витальной пульпотомии во временных молярах у детей в возрасте 3–9 лет: 12-месячное рандомизированное исследование / Е. Е. Маслак, А. С. Осокина, Н. В. Матвиенко [и др.] // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2019. – Т. 19, № 4 (72). – С. 37–43.

Тарасова Н. В., Галонский В. Г., Сурдо Э. С.
СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск*

Введение. Изменения, произошедшие в последние десятилетия в жизни Российского общества, в числе прочего, выразились в усилении внимания к категориями группам населения, имеющих специфические социальные проблемы [3]. В частности, к лицам с ограниченными возможностями здоровья (инвалидам), и в том числе – детям с нарушениями зрения и слуха [2]. Проблема социальной адаптации инвалидов – проблема приспособленности их к полноценной жизни в обществе здоровых людей приобрела в последнее время особую важность. Целью социальной адаптации является «выравнивание» возможностей ребёнка, имеющего инвалидность, приближая их к возможностям других детей, возможность полного и активного участия в жизни общества[5]. К средствам социальной адаптации следует относить и стоматологическое просвещение, т.к. это предоставление населению любых знаний для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья. Оно может применяться в любом возрасте, у любой категории населения [1].

В современной зарубежной и российской методической и научной литературе встречается достаточно много публикаций, посвящённых методам и средствам санитарно-просветительного обучения условно здоровых детей, однако существующие приёмы и методы часто неприемлемы для детей-инвалидов с сенсорными нарушениями [4]. В этой связи персонализация программ стоматологическо-

го просвещения для школьников, находящихся в условиях сенсорной депривации слуха или зрения, с использованием коррекционных методик позволит обеспечить лучшее усвоение знаний и повысить эффективность первичной профилактики основных стоматологических заболеваний у данной категории больных.

Цель работы – формирование (повышение) социальной адаптации у детей с сенсорными нарушениями за счёт персонификации методов и средств стоматологического просвещения.

Материал и методы исследования. Санитарно-просветительное обучение проводилось в течение 24 месяцев в коррекционных общеобразовательных школах-интернатах I, II, III, IV вида г. Красноярска. В проекте участвовали 196 учащихся в возрасте от 7 до 18 лет, из них 122 школьника с сенсорной депривацией слуха, 74 воспитанника с сенсорной депривацией зрения.

Результаты и обсуждение. Основной педагогической концепцией стоматологического просвещения являлось развитие когнитивных процессов и преодоление коммуникативных барьеров у детей-инвалидов. Для оптимизации восприятия материала детьми на всех этапах педагогической работы использовался принцип наглядности, систематичности и последовательности действий при взаимодействии с детьми. При подборе информации для санитарного просвещения за основу взят критерий её актуальности и доступности изложения для данной категории пациентов. Санитарно-просветительная работа построена таким образом, что учитывает:

1. Развитие познавательной сферы у ребёнка, имеющего нарушения слуха: преобладание зрительных ощущений и восприятий; превалирование осязательных, двигательных и тактильно-вибрационных ощущений; но в то же время для не слышащих детей характерны неустойчивое состояние вегетативной системы, утомляемость, нарушение моторики, лабильность эмоциональной сферы [6].
2. Характерные особенности развития детей с нарушением зрения: познание окружающего мира через слух, обоняние;

затруднённая оценка пространственных признаков; присутствие чувства неуверенности в себе, противоречивость эмоций; быстрая утомляемость, сниженная скорость усвоения информации; плохое общение в диалоге, трудно удерживать их внимание при разговоре [6].

Стоматологическое просвещение у детей с сенсорной депривацией слуха и зрения проводилось в форме «Уроков здоровья», где применялся дифференцированный подход к детям с учётом патогенетических, клинических и возрастных факторов. Длительность занятий составляла: дети начальной школы – 15–20 мин., среднего звена – 20–25 мин., обучающиеся старших классов – 20–25 мин. Школьники являлись главными действующими лицами, а обучающие (стоматолог, учителя) – их партнёрами в обучении и развитии. Стоматологическое просвещение было направлено на стимулирование познавательной активности, развитие ориентировочной основы деятельности, оптимизацию сохранённых интеллектуальных функций и помогало обучению ориентации в себе, в окружающем мире, во времени и пространстве.

Основой санитарно-просветительной деятельности у детей с сенсорной депривацией слуха являлись активные формы работы: «Уроки здоровья» (с сурдопереводом), спектакли-пантомимы, настольные игры; как дополнение использовались пассивные методы: видео-комиксы, печатные комиксы, книжки-раскраски, плакаты, брошюры, памятки.

Для детей с сенсорной депривацией зрения использовали в 100% случаев активные формы санитарно-просветительной работы: спектакли (мюзиклы) с яркими костюмами; чтение сказок, рассказов на разные голоса; лекции-беседы.

В ходе стоматологического просвещения детей-инвалидов по слуху и зрению применяли групповую (в 100%) и при необходимости индивидуальную (в 75%) организационные формы. При обучении детей

с сенсорной депривацией активно привлекали их к общению в группе (школьник-школьник, школьник-педагог, школьник-врач (либо волонтер – студент стоматологического факультета КрасГМУ, занимающийся в СНО кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии и т.д.), т.к. любое общение, будучи социально или личностно ориентированным, отражается на социологическом уровне, если в этом общении актуализируются общественно значимые отношения между людьми. Были определены некоторые проблемы в общении, одна из которых – застенчивость, обучающиеся стремились избегать общения или уклоняться от социальных контактов (не отвечали на вопросы, прятались за других детей). С детьми, имеющими данную проблему в общении занимались индивидуально, но они в обязательном порядке присутствовали и на групповых занятиях.

В ходе проведения санитарно-просветительной работы по формированию (сохранению) здорового образа жизни, в том числе здоровья полости рта, у детей с дефектами зрения и слуха произошли: компенсация, т.е. возмещение пробелов по гигиене полости рта, рациональному использованию предметов и средств гигиены; осознание значимости мероприятий по сохранению стоматологического здоровья и здоровья всего организма; активизация познавательной активности и формирование индивидуального опыта. Приобретенные в ходе обучения знания и навыки необходимы детям для полноценной жизни в обществе.

Заключение. Результатом внедрения стоматологического просвещения в учебно-воспитательный процесс специализированных коррекционных школ-интернатов для детей с сенсорной депривацией слуха и зрения явилось формирование условно-рефлекторной ориентировочной основы мануальных навыков гигиенического ухода за полостью рта и их системной реализации в повседневной жизни, а также преодоление коммуникативных барьеров, развитие эмоциональной сферы личности и стимулирование когнитивных процессов.

Литература

1. Алямовский, В. В. Санитарно-просветительная работа среди дошкольников в системе первичной стоматологической профилактики / В. В. Алямовский, Е. А. Бриль, С. А. Нарыкова. – Красноярск: ГУПП «Сибирь», 2001. – 30 с.
2. Вяякуопус, Е. Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями сенсорной, двигательной и интеллектуальной сферы. учеб.-метод. комплекс / Е. Вяякуопус, В.З. Кантор. – М.: «Папирус», 2009. – 304 с.
3. Дети в России. 2009: Стат. сб./ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – 121 с.
4. Заявление Международной Стоматологической Ассоциации (FDI) от 18 сентября 2003 год «Стоматологическая помощь инвалидам». – 2003.
5. Лильин, Е. Т. Детская реабилитология / Е. Т. Лильин, В. А. Доскин. – М.: «Литтерра», 2011. – 640 с.
6. Неретина, Т. Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. – М.: «Флинта», 2008. – 376 с.

Тарасова Н. В., Галонский В. Г., Сурдо Э. С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНОЙ
ПАСТЫ R.O.C.S. - MINERALIN В ПРОФИЛАКТИКЕ
ПАТОЛОГИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,
Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»,
НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск*

Введение. Распространённость кариеса зубов среди детей и подростков в различных регионах России колеблется от 65% до 100% [1], что делает актуальной проблему массовой профилактики стоматологических заболеваний. В современной научной литературе насчитывается большое число сообщений о том, что у детей дошкольного возраста среди заболеваний стоматологического профиля первое место занимает патология твёрдых тканей зубов и главным образом кариес зубов [3]. Важным компонентом профилактики стоматологических заболеваний является гигиена полости рта. Индивидуальная гигиена – предусматривает тщательное и регулярное удаление зубных отложений с поверхностей зубов и дёсен самим ребёнком, с помощью различных средств гигиены [2]. Зубные пасты – это специализированная лекарственная форма, предназначенная для гигиены, профилактики и лечения заболеваний органов и тканей полости рта [4]. В настоящее время на отечественном рынке появилось множество зубных паст, содержащих различные активные компоненты [5]. Мы решили оценить эффективность применения зубных паст R.O.C.S. без фтора, включающую активный компонент MINERALIN и «Новый Жемчуг Кальций» у детей дошкольного возраста.

Цель исследования – доказать эффективность применения зубной пасты R.O.C.S. без фтора, включающей активный комплекс MINERALIN у детей дошкольного возраста для профилактики патологии твёрдых тканей зубов.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проводили у пациентов в МУЗ ГДП №2 г.

Красноярска в течение шести месяцев. Были сформированы две группы детей по 30 человек в каждой, с трёх до шести лет обоего пола (период сформированного временного прикуса).

Первая группа – 30 человек (мальчиков 46,6%, девочек – 53,4%). Пациенты чистили зубы 2 раза в день, утром после завтрака, вечером перед сном зубной пастой R.O.C.S. без фтора, с активным комплексом MINERALIN.

В самом названии зубной пасты R.O.C.S. - Remineralizing Oral Care Systems (реминерализующие системы для полости рта) отражена суть концепции этой линии продуктов. Реминерализующие системы – это комбинации ингредиентов, позволяющих насытить минералами эмаль здоровых зубов и начальных очагов кариозного поражения. В основе коллекции зубных паст R.O.C.S. заложена идея возрастным потребностям пациента, от младенчества до преклонного возраста. Специальный комплекс MINERALIN включает протеолитический фермент бромелаин, глицерофосфат кальция, хлорид магния и ксилит. Реминерализующий потенциал комплекса MINERALIN составляет активный компонент ксилит, который способствует включению кальция в эмаль зубов, подавляет образование зубного налёта и снижает кариесогенный потенциал микрофлоры. Зубная паста R.O.C.S. для малышей отличается от других детских паст. Малыши частично проглатывают пасту, поэтому из её состава исключен фтор и другие компоненты, которые могут вызвать нежелательные реакции организма (лаурилсульфат натрия, ароматизирующие добавки). Эта паста обладает чрезвычайно низкой абразивностью, и её очищающий эффект в большей степени связан с действием поверхностно-активных веществ (ПАВ). В качестве ПАВ в пасту введён поливинилпирролидон медицинский. Использование этого компонента объясняется сочетанием таких свойств, как физиологическая совместимость, солюбилизующее (повышающее растворимость) действие, способность продлевать активность лекарственных препаратов и связывать токсины.

Вторая группа – дети 3–6 лет, 30 человек (43,3% мальчиков, 56,7 % девочек) гигиенические мероприятия проводились в домашних условиях, 2 раза в день, утром после завтрака, вечером перед сном зубной пастой «Новый Жемчуг Кальций», в состав которой входит фосфат кальция. Изменяя макроэлементный состав поверхностного слоя эмали зубов и благоприятно воздействуя на её свойства, зубная паста повышает кариесрезистентность зубной эмали.

Проводились клинические исследования твёрдых тканей зубов, определяли распространённость кариеса зубов, индекс интенсивность кариеса, средний показатель интенсивности в группе. Интенсивность кариеса оценивали с помощью индекса кп. Для оценки гигиенического состояния полости рта и очищающих свойств зубной пасты использовали индекс гигиены Федорова-Володкиной (1976).

Результаты исследований. Клинические исследования показали, что в 1 группе, где гигиенические мероприятия проводились зубной пастой R.O.C.S., исходный уровень индекса гигиены (ИГ) равен 2,3, во 2 группе ИГ равнялся 2,2, следовательно, в обеих группах гигиеническое состояние полости рта у детей было неудовлетворительным.

При исследовании ИГ через 3 месяца в 1 группе он составил 1,8; во 2 группе – 2,0. Данные показатели свидетельствуют об улучшении мануальных навыков в исследуемых группах и удовлетворительном состоянии полости рта. Повторное исследование ИГ проводили через 6 месяцев. Были получены следующие результаты: в 1 группе ИГ составил – 1,2; во 2 группе – 1,4, что соответствует «хорошему» уровню гигиены полости рта, но в 1 группе уровень гигиены выше на 16,6%, чем во 2 группе (рис.1).

Определение индекса интенсивности кариеса и интенсивность в группе проводилось при первичном профилактическом осмотре, затем через 3 месяца и 6 месяцев после использования детьми рекомендованных зубных паст.

При первичном осмотре в 1 группе 25 обследованным был поставлен диагноз кариес зубов, либо имели место запломбированные зубы, распространённость кариеса в 1 группе составила 83,3%. Во 2 группе такой же диагноз

был выставлен 24 дошкольникам и распространённость заболевания составила 80,0%. При повторном осмотре через 3 месяца в первой группе кариозные процесс был обнаружен у 26 детей, распространённость кариеса составила 86,7%.

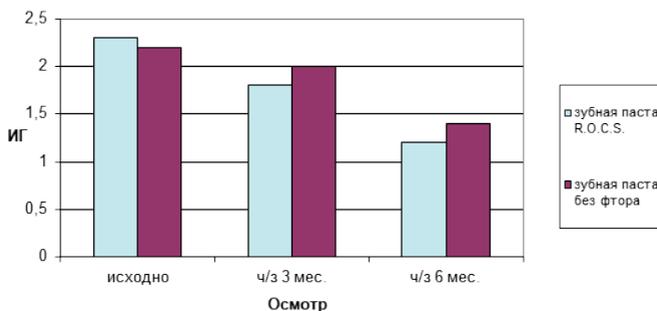


Рис. 1. Показатели индекса гигиены у детей 3–6 лет в зависимости от вида применяемой зубной пасты.

Во второй группе распространённость кариеса также составила 86,7%. Контрольный осмотр зубов у дошкольников проводился после 6 месячного использования рекомендованных зубных паст. Были получены следующие результаты: в первой группе распространённость кариеса за прошедший период не изменилась и составила 86,7%. Во второй группе распространённость кариеса составила 90,0%, что на 3,3% больше чем у детей первой группы.

Таблица 1

Интенсивность кариеса у детей 3–6 летнего возраста в зависимости от применения различных от вида зубной пасты.

Группа	Исходно кп	Средний показатель интенсивности в группе	кп ч/з 3 мес.	Средний показатель интенсивности в группе	кп ч/з 6 мес.	Средний показатель интенсивности в группе
I	102	4,08	103	3,96	103	3,96
II	100	4,34	103	3,96	109	4,04

Исходный индекс кп у детей дошкольного возраста 1 группы был равен 102, через 3 месяца индекс кп увеличился на 0,98%, при подсчёте кп через 6 месяцев индекс составил 103, прироста интенсивности кариеса не наблюдалось (таб. 1). Во второй группе дошкольников исходный индекс кп составил 100, при подсчёте через 3 месяца индекс увеличился на 3,0%, через 6 месяцев индекс интенсивности кариеса увеличился на 9,0% относительно исходных данных.

Выводы:

Использование зубной пасты R.O.C.S. MINERALIN при чистке зубов детей дошкольного возраста в течение 6 месяцев позволило добиться «хорошего» индекса гигиены полости рта, снизить прирост кариеса на 10,2%.

Индекс интенсивности кариеса у детей, которые чистили зубы пастой R.O.C.S. без фтора, с активным комплексом MINERALIN на 8,02% ниже, чем у детей, которые использовали зубную пасту «Новый Жемчуг Кальций».

Полученные результаты позволяют сделать заключение об эффективности зубной пасты R.O.C.S. MINERALIN для профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста.

Литература

1. Активность кариеса зубов у дошкольников Красноярска и методы их расчета / Г. И. Бахтурина, Р. Г. Буянкина, В. В. Алямовский [и др.] // методические рекомендации. – КрасГМА. – 2001. – 14 с.
2. Лукиных, Л. М. Интенсивность и распространённость кариеса зубов и мотивация к регулярному уходу за полостью рта у детей / Л. М. Лукиных, С. Ю. Косюга // Стоматология. – 2001. – №5. – С.73–75.
3. Сайфулина, Х. М. Кариес зубов у детей и подростков / Х. М. Сайфулина. – М.: МЕДпресс, 2001. – 95 с.
4. Улитовский, С. Б. Гигиена полости рта – первичная профилактика стоматологических заболеваний / С. Б. Улитовский // Новое в стоматологии. – 1999. – №7. – С. 20–22.
5. Улитовский, С. Б. Пути профилактики кариеса зубов / С. Б. Улитовский // Новое в стоматологии. – 2002. – №2. – С. 32–36.

Турчина Е.В., Яшнова Н.Б., Белоусов Д.С.
АНАЛИЗ СОСТАВА БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

По данным литературы переломы нижней челюсти являются наиболее часто встречающимися среди повреждений лицевого скелета и составляют 75-95%. Как правило, в этиологии чаще с переломами нижней челюсти на первом месте стоит бытовая травма, на втором и третьем месте располагаются переломы, полученные вследствие транспортных и производственных травм. Наименьшее количество больных с переломами нижней челюсти встречаются в результате спортивных и огнестрельных травм. В ряде случаев в клинической практике встречаются патологические переломы, которые возникают в результате деструктивных процессов в костной ткани (доброкачественные и злокачественные опухоли, хронический остеомиелит и др.). По данным различных авторов установлено, что основную группу пациентов с переломами нижней челюсти составляют мужчины в возрасте от 20 до 40 лет.

Цель работы. Оценить характер повреждения и методы лечения переломов нижней челюсти.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных, находящихся на лечении с диагнозом перелом нижней челюсти в челюстно-лицевом отделении ГУЗ краевой клинической больницы за 2020 год. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы SPSS Statistics 7.0 с соблюдением принципов статистического анализа, принятых для исследований в биологии и медицине.

Результаты исследования. В ходе анализа выявлено, что общее количество пациентов, находившихся на лечении составило 138, из них 132 (95,6%) мужчины и 6 (4,4%) женщин. Максимальная обращаемость пациентов с переломами нижней челюсти приходи-

лась на весенне-летний период. Общее количество поступивших в период с марта по август составило 98 больных (71%), в осенне-зимний период количество пациентов было существенно ниже - 40 (29%). Уточнение локализации перелома, характера смещения отломков, динамический контроль процессов репаративной остеорегенерации, проводили с помощью рентгенологического исследования нижней челюсти в прямой и боковой проекции или ортопантограммы. В челюстно-лицевом отделении с одиночным переломом нижней челюсти на лечении находился 71 пациент (51,4%), с двойным переломом 67 пациентов (48,5%). Среди одиночных переломов по локализации наибольшее количество переломов приходилось на угол нижней челюсти 43 пациента (60,5%), с наличием перелома в подбородочном отделе - 11 пациентов (15,49%), в боковом отделе - 9 пациентов (12,68%), суставной отросток 5 пациентов (7,04%), ветвь нижней челюсти - 2. (2,82%). По локализации среди двойных переломов нижней челюсти чаще встречались переломы подбородочного отдела и угла челюсти у 25 человек (37,3%), перелом бокового отдела и угла челюсти у 10 пациентов (14,9%), перелом бокового отдела нижней челюсти и суставного отростка у 8 пациентов (11,9%), перелом бокового отдела и суставного отростка нижней челюсти у 6 пациентов (8,9%). По механизму получения двойные переломы левого действия наблюдались у 24 пациентов (35,8%), правого действия у 23 пациентов (34,3%). В результате анализа выявлено, что 118 пациентов (85,5%) с переломами нижней челюсти были пролечены с применением проволочной назубной шины С.С. Тигерштедта и у 20 пациентов (14,4%) был проведен металоостеосинтез титановыми мини пластинами.

Вывод. По результатам проведенного анализа установлено, что пик обращаемости пациентов в 2020 году с переломами нижней челюсти приходился на весенне-летний период, наибольший процент состави-

ли лица мужского пола. Установлено, что количество пациентов с одиночными переломами превосходило число лиц с двойными переломами. По локализации у пациентов с одиночными переломами преобладала область угла челюсти, на втором месте располагается в подбородочном и боковом отделах и минимальное количество пациентов пришлось на ветвь и суставной отросток. Среди двойных переломов преобладали пациенты с локализацией в области угла и подбородочного отдела нижней челюсти, на втором месте располагаются переломы в области бокового отдела и угла челюсти. Наиболее редкой локализацией перелома оказался боковой отдел в сочетании с суставным отростком. В лечении переломов нижней челюсти преобладало применение проволочной назубной шины С.С. Тигерштедта. В связи с высокими показателями частоты переломов нижней челюсти в весеннее - летний период рекомендовано проведение санитарно-просветительных работ по профилактике травм в челюстно-лицевой области среди населения.

**Ушницкий И.Д., Алексеева Т.В., Соловьева М.И.,
Пинелис И.С., Юркевич А.В., Филиппов С.С.**
**КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ДИСПАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА**
*ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова» МЗ РФ, Якутск,
ГАОУ РС (Я) «Якутский специализированный стоматологический центр»,
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский
университет» МЗ РФ, Хабаровск*

Введение. В настоящее время распространенность стоматологических заболеваний среди различных возрастных групп населения остается на высоком уровне, которые имеют широкий спектр этиологических факторов, связанных с агрессивными факторами внешней и внутренней среды [2, 3, 5, 6, 7, 9, 13-16]. При этом одним из основных факторов риска при дисплазии соединительной ткани является количественные качественные изменения состава и свойств ротовой жидкости, оказывающие негативное влияние не только на уровень распространенности заболевания, но и на гомеостазис полости рта [10, 12, 19, 24, 33]. Поэтому углубленное изучение патологии органов и систем организма у детей с дисплазией соединительной ткани по отдельным регионам с учетом не только распространенности и интенсивности заболевания, биологических, средовых, но и ряда других факторов имеет важное научное и практическое значение в решении вопросов профилактики и лечения заболеваний [24, 33]. Это в свою очередь характеризует о том, что совершенствование оказываемой лечебно-профилактической стоматологической помощи базируется на знаниях специфических региональных общих и местных факторов риска формирования и развития патологических процессов органов и тканей полости рта [1, 4, 8, 11, 17-23, 25-32, 34-39]. В связи с этим исследования, направленные на изучение региональных биологических факторов риска, являются актуальными в клинической стоматологии.

Цель исследования – на основании комплексного клинико-физиологического исследования состава и свойств ротовой жидкости у детей и подростков с дисплазией соединительной ткани определить ее количественные и качественные изменения.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клинико-лабораторное исследование ротовой жидкости с определением скорости секреции, минерализующего потенциала, вязкости, рН, щелочной фосфатазы и катионно-анионный спектральный капиллярный электрофорез ротовой жидкости у 343 детей с установленной дисплазией соединительной ткани на основании местных фенотипических признаков, проживающих в городском округе «Город Якутск» (МОБУ СОШ №5 им. Н.О. Кривошапкина, МОБУ НПСОШ №2, МОБУ СОШ №35, МОБУ «Якутский городской лицей», МОБУ «Якутская городская гимназия имени А.Г. и Н.К. Чиряевых», МОБУ СОШ №26, Гимназия №8 ГО Якутск, МОБУ СОШ №9 им. М.И. Кершенгольца), Хангаласском улусе Республики Саха (Якутия). Согласно рекомендациям, ВОЗ были сформированы группы: 3 года, 6 лет 12 и 15 лет. У 3-летних оценивалось состояние временных зубов (n=54), 6-летних состояние постоянных моляров (n=163), 12-летних состояние постоянных зубов (n=126), 15-летних клиническое состояние пародонта (n=46). Дети обследованы с применением специальной карты, рекомендованной ВОЗ (2013) для оценки стоматологического статуса детей.

Типы микрокристаллизации определяли при помощи микроскопа. На предметное стекло наносили 3 капли слюны от каждого исследуемого, затем помещали в термостат «ТС-80М-2» (Россия) при температуре 370С на 1 час. На следующий день исследовали при помощи электронного микроскопа «Микмед-5» (Россия) в отраженном свете при увеличении 10*2. Скорость слюноотделения определялась в мл/мин. Забор слюны проводился в утреннее время натощак. Смешанную слюну собирали в градуированные пробирки в течение 10 минут. Вязкость слюны определяли с помощью вискозиметра (ВК-4) по методу Т.Л. Рединовой, А.Р.

Поздеева (1994). Определение рН слюны проводилось с использованием аппарата «713 рН Meter» фирмы «Metrohm» (Германия) сразу после ее забора при комнатной температуре 20-22С. Изучение активности щелочной фосфатазы в ротовой жидкости проводилось с помощью стандартных наборов реагентов «Щелочная фосфатаза-Ново» жидкая форма. Набор соответствует рекомендациям Немецкого общества Химии (DGRS). Регистрационное удостоверение №ФСР 2011/11171 от 03.04.2017. Исследование проводилось на спектрофотометре «Пэ-5400» марки «Экрос» (Германия). Измерение массовой концентрации катионов в смешанной слюне проводилось методом капиллярного электрофореза при длине волны 254 нм «Капель-103/103РТ», «Капель-104/104Т» или 267 нм «Капель-105/105М» (Россия). Лабораторные анализы у обследованных возрастных групп детей и подростков выполнялись на базе химической лаборатории кафедры неорганической химии Института естественных наук ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова».

Статистическая обработка данных исследования проводилась по стандартным методам вариационной статистики с вычислением средней величины, среднеквадратической ошибки с помощью пакетов прикладных программ «MicrosoftExcel» 2009 (MicrosoftCorporation, 2000-2016). Полученные результаты были сгруппированы по совокупности одинаковых признаков. Корреляционный и факторный (по методу Varimax) анализы клинического материала с определением коэффициента Пирсона (r) и t-теста проводились с использованием среднестатистического пакета программ «SPSS», версия 22.

Обследование осуществляли в соответствии с этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека, определенными Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (1964, ред. 2000), и требованиями, изложенными в основных нормативных документах РФ по клиническим исследованиям.

Результаты исследования. Известно, что в развитии стоматологических заболеваний немаловажное значение имеют количественные и качественные изменения смешанной слюны. С учетом изложенного нами проведена их оценка по данным полученных результатов комплексного лабораторного исследования.

Следует отметить, что полученные результаты характеризуют о том, что состав и свойства ротовой жидкости в декретированных группах детей и подростков с дисплазией соединительной ткани имеет свои особенности. Так, скорость слюноотделения у детей 3, 6 и 12 лет колебалась в пределах $0,29+0,08$ до $0,39+0,01$ мл/мин (оптимальное значение скорости секреции слюны – $0,40$ мл/мин), у 15-летних подростков $0,44+0,01$ мл/мин (оптимальное значение скорости секреции слюны – $0,70$ мл/мин). В целом полученные результаты скорости секреции смешанной слюны у обследованных возрастных групп детей и подростков с дисплазией соединительной ткани определяют неблагоприятную ситуацию, связанной со снижением скорости слюноотделения. Кроме того, были установлены некоторые изменения в таких биофизических свойствах смешанной слюны, как вязкость и типы микрокристаллизации. Так, показатели вязкости у обследованных групп колебались в пределах от $2,98+0,03$ до $3,43+0,07$ ед. (оптимальный показатель – $4,16$ ед.). Данная ситуация характеризует о повышении вязкости ротовой жидкости, которая, как правило, создает предпосылки формированию и развитию стоматологических заболеваний. Тем временем структура микрокристаллической решетки сухого остатка смешанной слюны зависит от ее физико-химических показателей, тем самым влияя на реминерализующие и деминерализующие процессы в полости рта. При этом проведенный анализ структуры типов микрокристаллизации смешанной слюны характеризует неблагоприятную ситуацию, связанной со значительным преобладанием II и III типов и показатели соответственно составляли $45,42+0,04$ и $38,52+0,08\%$. При этом полученные данные кислотно-щелочного равновесия ротовой жидкости у обследованных возрастных групп с дисплазией соединительной

ткани характеризуют значения, которые находятся в пределах оптимальных значений (оптимальный показатель 6,8 до 7,4). Между тем среднестатистический показатель рН смешанной слюны находился в пределах цифровых значений $7,13 \pm 0,03$.

Необходимо подчеркнуть, что кроме изучения свойства ротовой жидкости нам было интересно изучение ее состава, в частности активности щелочной фосфатазы, которая принимает участие фосфорно-кальциевом обмене в органах и тканях полости рта (оптимальное значение – 54-114 ед/л при рН 7,0 и выше). Тем временем у всех обследованных возрастных групп детей и подростков с дисплазией соединительной ткани, проживающих в суровых природно-климатических условиях Севера показатели содержания щелочной фосфатазы интерпретируются как снижение ее активности ($31,11 \pm 2,01$ ед/л). Полученные данные свидетельствуют о снижении ее активности в процессах метаболизма, происходящих в полости рта, что может рассматриваться как компенсаторно-приспособительная реакция на снижение содержания кальция в смешанной слюне с целью поддержания кальций-фосфорного коэффициента в рамках его нормальных значений. Снижение активности данного энзима отражает изменение фосфорно-кальциевого обмена в тканях полости рта, сопряжено с низким уровнем кальция в слюне и характеризует напряженность гомеостаза в полости рта.

Изучение состава ротовой жидкости у обследованных возрастных групп с дисплазией соединительной ткани включало проведение катионно-анионного спектрального микроанализа. В структуре составляющих компонентов катионов максимальные концентрации были выявлены у калия и натрия, где показатели соответственно составляли $7,79 \pm 0,13$ и $7,34 \pm 0,05$ мг/л. Далее по уровню концентрации в ротовой жидкости идет содержания такого катиона как аммоний ($3,48 \pm 0,13$ мг/л). Тем временем самые минимальные значения были установлены у лития, магния, стронция, бария, где показатели колебались в пределах от $0,005 \pm 0,02$ до $0,77 \pm 0,03$ мг/л. При этом основными и

значимыми катионами и анионами в минерализующем потенциале важное значение имеют ионизированный кальций и неорганический фосфор, где их минимальные и максимальные показатели были на уровне цифровых значений от $2,68+0,12$ до $3,89+0,19$ (оптимальное содержание $4,6-5,7$ мг/л) и от $7,24+0,36$ до $7,65+0,38$ мг/л. В то же время среднестатистический показатель кальция составлял $3,01+0,02$ мг/л, а у фосфата – $7,40+0,03$ мг/л, где кальций-фосфорный коэффициент у обследованных возрастных групп дошкольного и школьного возраста соответственно составляет $1:2,45$. У подростков содержание кальция и неорганических фосфатов были на уровне цифровых значений $3,89+0,19$ и $7,57+0,34$ мг/л, где значение кальций-фосфорного коэффициента составляло $1:1,94$ (оптимальное значение $1:4$). Выявленные особенности содержания ионизированного кальция и кальций-фосфорного молярного коэффициента в ротовой жидкости у обследованных детей и подростков с дисплазией соединительной ткани оказывают негативное воздействие на снижение ее минерализующего потенциала, что может рассматриваться как специфический региональный биологический фактор риска и формирования кариеса зубов, где в определенной степени создаются предпосылки развития воспалительного процесса тканей пародонта. Между тем, в структуре катионов наиболее высокий показатель был выявлен у хлорида, где данные колебались в пределах от $2,78+0,45$ до $3,22+0,19$ мг/л. При этом концентрация содержания в ротовой жидкости таких элементов как нитридов, фторидов, сульфатов и нитратов находилась в пределах цифровых значений $0,0014+0,0019$ и $0,23+0,03$ мг/л.

Полученные результаты линейной корреляции по Пирсону выявили наличие значимых связей кариеса зубов с повышением вязкости ($r=0,44$), со скоростью слюноотделения ($r=0,86$), типом микрокристаллизации ротовой жидкости ($r=0,66$), снижением активности щелочной фосфатазы ($r=0,51$). Но в то же время были выявлены наличия непосредственной взаимосвязи болезней пародонта со скоростью слюноотделения ($r=0,65$), типом микрокристаллизации ($r=0,42$), снижением активности щелочной фосфа-

тазы ($r=0,35$). Выявленные изменения подтверждаются и полученными результатами факторного анализа по методу «Varimax» и полученными данными высокого уровня распространенности кариеса зубов ($96,52+0,49\%$) и болезней пародонта ($89,11+0,52\%$).

Заключение. Проведенное нами комплексное исследование состава и свойств ротовой жидкости у обследованных возрастных групп детей и подростков с дисплазией соединительной ткани, проживающих в суровых природно-климатических условиях Севера выявило определенные их изменения, которые связаны с повышением вязкости, снижением скорости слюноотделения, преобладанием II и III типов микрокристаллизации, снижением активности щелочной фосфатазы, а также низким содержанием кальция и значительным снижением кальций-фосфорного коэффициента в совокупности являются специфическими региональными биологическими факторами риска формирования и развития стоматологических заболеваний. При этом установленные биологические факторы риска будут учитываться при организации и проведении профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у населения, проживающих в условиях широких высот.

Литература.

1. Алексеева Н.А. Структурная резистентность и однородность твердых тканей интактных постоянных зубов у детей школьного возраста Севера / Н.А. Алексеева, И.Д. Ушницкий, С.К. Попова [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2010. – №29. – Т.1. – С.92-94.
2. Алимский А.В. Различия в показателях пораженности кариесом зубов у детей 7-летних детей, посещающих детский сад или школу. Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2012. – № 36. – С.35-37.
3. Булгакова А.И., Андреева Ю.В. Оптимизация диагностики и лечения начального кариеса у пациентов, инфицированных вирусом герпеса. Стоматология. –2012– №6. –С.47-48.
4. Дьяконова В.П. Состояние гигиены полости рта у де-

- тей старшего школьного возраста г. Якутска. Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера / В.П. Дьяконова, М.С Филиппова., И.Д Ушницкий // Сборник научных статей межрегиональной науч.-практ. конф., посвященной 10-летию Ассоциации стоматологов г. Якутска Республики Саха (Якутия) и 50-летию высшего медицинского образования в Республике Саха (Якутия). – Якутск, 2007. – С. 30-31.
5. Дьяконова В.П. Современные аспекты воспалительных заболеваний пародонта / О.В Ефимова. И.Д Ушницкий. И.Г. Созонов // Якутский медицинский журнал. – 2008. –№ 4. – Т.24. –С.77-80.
 6. Зеновский В.П. Динамика интенсивности кариеса при гигиеническом обучении и специфической профилактике у детей Центральной Якутии. В.П. Зеновский., И.Д. Ушницкий // Стоматология. –1998. –№4 –С.27-28.
 7. Зими́на Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика кариеса зубов у 3-летних детей г. Якутска. Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера / Е.А. Зими́на, И.Д.Ушницкий, Р.И. Михайлова // Сборник научно-исследовательских работ студентов стоматологического отделения Медицинского института Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. – Якутск, 2018 – С.19-24.
 8. Когай Л.В. Взаимосвязь формирования и развития зубочелюстных аномалий с патологиями дыхательных путей у детей дошкольного и школьного возраста города Якутска. Образование, наука и практика в стоматологической службе Севера / Л.В. Когай, И.Д. Ушницкий // Сборник научных статей межрегиональной науч.-практ. конф., посвященной 50-летию стоматологической поликлиники г. Якутска. – Якутск, 2009 – С.411-413.
 9. Кравченко В.А. Частота использования лечебных подкладочных материалов при лечении кариеса дентина / В.А. Кравченко, С.В. Шульженко, А.В. Юркевич [и др.] // Актуальные вопросы стоматологии. Сборник IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Киров: изд.-во ФГБОУ ВО «Ки-

- ровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2020. – С.124-129.
10. Краснова Е. Е. Основные направления лечения детей с билиарными дисфункциями, ассоциированными с дисплазией соединительной ткани / Е. Е. Краснова, В. В. Чемоданов, О. П. Шлыкова // Лечащий врач. – 2019. – №9. – Т.19. – С.40-43.
 11. Ксембаев С. С. Клинико-функциональное обоснование нового подхода к повышению уровня стоматологического здоровья / С. С. Ксембаев, Н. Е. Пермякова, А. К. Салахов [и др.] // Актуальные вопросы медицинской профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний. – Минск, 2019. – С.66-71.
 12. Кучеров В. А. Эффективность влияния программ реабилитации на физическое состояние детей с патологией мочевой системы на фоне дисплазии соединительной ткани / В. А. Кучеров, С. В. Матвеев // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №7. – С.139-146.
 13. Патент РФ №.2518715, 10.06.2014. И.Д. Ушницкий, Т.Е. Яворская, Б.М. Кершенгольц. Способ профилактики кариса зубов // Патент России № 2518715. 2014.
 14. Патент РФ № 2601905, 10.11.2016. И.Д. Ушницкий, А.С. Черемкина, Я.А. Ахременко [и др.]. Способ лечения гингивита // Патент России № 2601905. 2016.
 15. Патент РФ № 2708624, 10.12. 2019. И.Д. Ушницкий, А.В. Иванов, Я.А. Ахременко [и др.]. Способ лечения пародонтита // Патент России № 2708624. 2019.
 16. Патент РФ №.2708615, 12.10.2019. И.Д. Ушницкий, А.В. Иванов, Я.А. Ахременко [и др.]. Способ лечения хронического пародонтита // Патент России №.2708615. 2019.
 17. Пинелис И.С. Показатели врожденного и адаптивного иммунитета при хроническом генерализованном пародонтите у больных пожилого и старческого возраста / И.С. Пинелис, Ю.С. Пинелис, М.С. Мележик [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2020. – №69. – С.63-67.
 18. Оскольский Г.И. Стоматологический статус населения Дальневосточного региона / Г.И. Оскольский, И.Д.

- Ушницкий, А.В. Юркевич [и др.] // Эндодонтия Today. –2012. – №3. С. – 10-13.
19. Смирнова, Т. Л. Особенности клинических проявлений синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Т. Л. Смирнова, Л. И. Герасимова // Доктор.Ру. – 2018. – №8. – Т.152. – С.40-44.
 20. Тимофеева Н.А. Клинико-статистический анализ кариеса зубов у детей дошкольного возраста и школьников центральной Якутии / Н.А. Тимофеева, И.Д. Ушницкий // Якутский медицинский журнал. – 2007. –№2. – Т22. – С.100-102.
 21. Тимофеева Н.А. Некоторые особенности метаболизма фтора у детей / Н.А. Тимофеева, И.Д. Ушницкий, А.С. Захарова [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера: Сборник научных статей межрегиональной науч.-практ. конф., посвященной 10-летию Ассоциации стоматологов г. Якутска РС (Я) и 50-летию высшего медицинского образования в Республике Саха (Якутия). – Якутск, 2007 – С.21-24.
 22. Тимофеева Н.А. Кариес зубов и анализ нуждаемости в стоматологической помощи дошкольников и школьников Центральной Якутии. Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера / Н.А.Тимофеева, И.Д. Ушницкий // Сборник научных статей межрегиональной науч.-практ. конф., посвященной 10-летию Ассоциации стоматологов г. Якутска РС (Я) и 50-летию высшего медицинского образования в Республике Саха (Якутия). – Якутск, –2007. – С.34-38.
 23. Тимофеева Н.А. Эффективность эндогенной профилактики кариеса зубов у детского населения г. Якутска / Н.А. Тимофеева, И.Д. Ушницкий // Якутский медицинский журнал. – 2008. –№3. – Т.23. – С.41-42.
 24. Трофименко И. Н. Поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани / И. Н. Трофименко, Б. А. Черняк // Пульмонология, 2019. – №5. – С.604-611.

25. Ушницкий И.Д. Стоматологические заболевания и их профилактика у жителей Севера / И.Д. Ушницкий, В.П. Зеновский, Т.В. Вилова. – Москва: Наука. – 2008. – С.172.
26. Ушницкий И.Д. Характеристика состава и свойств смешанной слюны и твердых тканей зубов у детей школьного возраста центральной Якутии / И.Д. Ушницкий, Т.Е. Яворская // Сборник научных трудов с международным участием, посвященный 20-летию кафедр терапевтической и ортопедической стоматологии. – Нижний Новгород: Издательство НижГМА. – 2011. – С.191-193.
27. Ушницкий И.Д. Клинико-эпидемиологическая характеристика стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста Республики Саха (Якутия) / И.Д. Ушницкий, А.С. Черемкина, В.И. Баишева [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера: Сборник научных статей межрегиональной науч.-практ. конф., посвященной 15-летию стоматологического отделения МИ СВФУ. – Якутск, 2011 – С.215-217.
28. Ушницкий И.Д. Клинико-физиологическая характеристика состава и свойств ротовой жидкости и твердых тканей зубов у детей младшего школьного возраста, проживающих в условиях высоких широт / И.Д. Ушницкий, Т.Е. Яворская, Н.В. Саввинов [и др.] // Эндодонтия Today. – 2012. – С.43-47.
29. Ушницкий И.Д. Эффективность применения противокариесного препарата в первичной профилактике кариеса зубов / И.Д. Ушницкий, Т.Е. Яворская, Б.М. Кершенгольц [и др.] // Эндодонтия Today. 2013. – №1. – С.30-32.
30. Ушницкий И.Д. Биофизические свойства ротовой жидкости у населения, проживающего в промышленных районах Якутии / И.Д. Ушницкий., А.Д. Семенов., Е.А. Бельчусова, [и др.] // Забайкальский медицинский вестник. – 2015. – №3. – С.48-51.
31. Ушницкий И.Д. Клинико-физиологическая характеристика состояния органов и тканей полости рта у жителей промышленных районов Якутии / И.Д. Ушницкий, А.Д. Семенов, Е.А. Бельчусова [и др.] // Эндодонтия Today. – 2016. – №2. С.45-47.

32. Ушницкий И.Д. Современные клинико-эпидемиологические аспекты зубочелюстных аномалий у детей / И.Д. Ушницкий, Т.В. Алексеева, И.С. Пинелис [и др.] // Забайкальский медицинский вестник. – 2019. – С.187-192.
33. Чемоданов, В. В. Принципы медицинского сопровождения детей с дисплазией соединительной ткани / В. В. Чемоданов, Е. Е. Краснова // Лечащий врач. – 2018. – №11. – С.66-69.
34. Черемкина А.С. Частота и структура основных стоматологических заболеваний у детского населения города Якутска / А.С. Черемкина, И.Д. Ушницкий // Якутский медицинский журнал. 2011.–№1. – Т.33. С.90-92.
35. Яворская Т.Е. Уровень санитарной культуры детского и взрослого населения г. Якутска. Актуальные проблемы стоматологии детского возраста / Т.Е. Яворская, И.Д. Ушницкий. Сборник научных статей I региональной науч.-практ. конф. по детской стоматологии – Хабаровск: издательство «Антар». – 2011. – С.191-193.
36. Яворская Т.Е. Клинико-эпидемиологическая характеристика кариеса зубов у детей школьного возраста города Якутска. Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера / Т.Е. Яворская, И.Д. Ушницкий, Т.И. Сметанина // Сборник научных статей межрегиональной науч.-практ. конф., посвященной 15-летию стоматологического отделения МИ СВФУ. – Якутск, 2011. – С.178-181.
37. Яворская Т.Е. Современные этиологические и патогенетические аспекты кариеса зубов / Т.Е. Яворская, И.Д. Ушницкий // Якутский медицинский журнал. 2013. – №1. – Т.41. –С.98-101.
38. Peretz В. Early childhood caries (ECC): a preventive-conservative treatment mode during a 12-month period / В. Peretz, G. Cluck. // Eur. Arch. Paediatr. Dent. – 2018. - V. 19, № 3. – P. 139-145.

Яшнова Н.Б., Катман М.А.
ОСТЕОМИЕЛИТ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ
ХИМИОТЕРАПИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Остеомиелит - гнойно некротическое, инфекционно-аллергическое осложнение развивающийся в кости и окружающих ее тканей под влиянием агрессивных факторов физической, химической или биологической природы на фоне предварительной сенсибилизации и нейрогуморальных сдвигов. Среди возбудителей остеомиелита выделяют различные ассоциации патогенной микрофлоры. Вместе с тем, наиболее часто выделяют такие культуры, как золотистый стафилококк, стрептококк группы В, кишечную палочку, клебсиеллу, протей.

В настоящее время выделяют 3 теории развития возникновения остеомиелита:

- инфекционно-эмболическая теория, в основе которой лежит нарушение гемодинамики за счет микробных эмболов;
- инфекционно-аллергическая теория, которая придает важное значение сенсибилизации организма. При этом, выявлена роль реактивности организма. Вместе с тем, указано на то, что инфекционный процесс развивается у предварительно сенсибилизированного организма, при наличии очагов хронического воспалительного процесса и неспецифического раздражителя (травма, стресс, переохлаждение);
- нейротрофическая теория, которая предполагает нейротрофические расстройства, возникающие при раздражении нервных окончаний.

Необходимо отметить, что при развитии остеомиелита может отмечаться снижение неспецифических защитных механизмов организма (переохлаждение, стрессовые факторы, ранее перенесенные респираторные и вирусные заболевания). Существенную роль в развитии гнойно- некротического процесса в костной ткани играет врожденное и приобретенное снижение иммунитета у лиц с сахарным диабетом, заболевани-

ями крови, онкологическими заболеваниями получающие лучевую и химиотерапию.

Немаловажную роль в развитии остеомиелита играет состояние местного иммунитета, а также наличие хронических одонтогенных очагов инфекции. Неоднократные обострения хронических очагов приводят к дисбалансу местных клеточных и гуморальных реакций. Распространению инфекционного процесса из очага одонтогенной инфекции в толщу кости альвеолярного отростка, способствуют анатомические особенности строения такие, как наличие в стенках альвеол большого количества мелких отверстий, через которые проходят множество кровеносных и лимфатических сосудов и нервных волокон.

Клиническая картина хронического остеомиелита челюстей характеризуется длительным и затяжным течением. При этом может являться как первично-хроническим процессом, а также может являться исходом острого остеомиелита.

В последнее время часто встречаются пациенты, страдающие первично-хроническим остеомиелитом с сопутствующей онкологической патологией получающие химио и лучевую терапию. Данная форма остеомиелита отличается вялым клиническим течением. Болевой синдром характеризуется незначительными периодическими болями. При общеклиническом локальном обследовании определяются свищевые ходы с гнойным отделяемым. При этом обращает на себя внимание, что слизистая оболочка в области свищей слабо гиперемированная и отечная, незначительно болезненная при пальпации.

Случай из практики: Пациентка К., 71 год обратилась на амбулаторный прием к хирургу стоматологу с жалобами на боли и подвижность зуба 14. Выставлен DS: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести, обострение в области зуба 14. Из анамнеза находится на диспансерном учете у врача онколога с DS: Рак левой почки II A st. T3 M0N0. Прогрессирование: метастазы в правую подвздошную кость. Проводилось нефрэктомия в 2010 году с курсами химиотерапии ИТ+бисфосфонаты в 2013-2014гг. и в 2015-2016гг. В настоящее время получает иммунотерапию альфадероном 3 млн ЕД.

Под местной инфильтрационной анестезией выполнено удаление зуба 14. В процессе эпителизации лунки по прошествии 5 суток развился альвеолит в лунке удаленного зуба 14. Выполнена ревизия лунки, в лунке оставлена губка «Альвостаз», назначена антибактериальная терапия Т.Ципролет 250 по 1 x 2 раза в сутки 5 дней.

В дальнейшем на фоне проводимого лечения возник остеомиелит лунки удаленного зуба 14, который проявлялся гнойным отделяемым из лунки с отхождением костных секвестров. Больная направлена на стационарное лечение в отделение ЧЛХ, где выполнена секвестрэктомия, проведена антибактериальная и противовоспалительная терапии. Пациента выписана из отделения ЧЛХ в удовлетворительном состоянии с улучшением.

За время наблюдения в течении 2х месяцев пациентка жалоб не предъявляла, отделяемого в области послеоперационного рубца не отмечалось. Через 2 месяца в области отсутствующего зуба 14 появился свищевой ход с гнойным отделяемым. Пациентка вновь направлена на госпитализацию в отделение ЧЛХ Краевой клинической больницы.

Таким образом можно сделать вывод, что после длительных курсов химиотерапии бисфосфонатами нередки случаи развития хронического остеомиелита челюсти. Процесс лечения остеомиелита на фоне химиотерапии длительный и зачастую не приводит к стойкой длительной ремиссии. Поэтому необходимо дальнейшее изучение влияния химиотерапии на развитие деструктивных процессов в костной ткани с разработкой оптимальных схем лечения.

Яшнова Н.Б., Катман М.А., Новикова Л.С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОРОШКА
ЦЕФТРИАКСОН И ГУБКИ АЛЬВОСТАЗ
В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА СУХОЙ ЛУНКИ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Наиболее распространенной амбулаторной операцией в практике хирурга стоматолога является удаление зуба. Вместе с тем, частым осложнением после экстракции зубов является альвеолит. По данным статистики частота возникновения альвеолита варьируется от 3,4 до 42,8% от всех постэкстракционных осложнений. В случае возникновения синдрома «сухой лунки» формирования кровяного сгустка в лунке удаленного не происходит, в результате общих или местных факторов. В настоящее время существует множество методов лечения данной патологии.

Цель работы. Оценить эффективность применения цефтриаксона в лечении синдрома «сухой лунки».

Материалы и методы исследования. Пациенты клиники ЧГМА в возрасте от 20 до 70 лет (n=15), находившиеся на амбулаторном приёме в кабинете хирурга-стоматолога, с наличием синдрома «сухой лунки». Исследуемой группе (15 человек), которая сопоставима с группой контроля по возрасту, полу и сопутствующей патологии, после ревизии лунки и антисептической обработки раствором 0,05% хлоргексидина производилось внесение порошка цефтриаксон в лунку и тампонада губкой «Альвостаз». Пациентам рекомендовалось не принимать пищу в течение 2 часов, соблюдать гигиену полости рта. Контрольной группе (n=15), выполнялась ревизия лунки, антисептическая обработка лунки раствором 0,05% хлоргексидина и заполнение лунки губкой «Альвостаз». Даны те же рекомендации, что исследуемой группе. Оценка эффективности лечения проводилась на 2, 4, 6 сутки после ревизии лунки. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы SPSS Statistics 7.0 с соблюдением принципов статистического анализа, принятых для исследований в биологии и медицине

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов исследуемой группы на вторые сутки после лечения, у 9 па-

циентов (60%) наблюдалось уменьшение болей, отека и гиперемии окружающих лунку тканей, у 3 пациентов (40%) боли, отек, гиперемия слизистой десны в области лунки сохранялись. В группе контроля у 13 больных (86,7%) болевой синдром, отек, гиперемия окружающих тканей сохранялись, и только у 2 пациентов наблюдалось уменьшение болей. На четвертые сутки в исследуемой группе у 10 пациентов (66,7%) отсутствовал болевой синдром, отмечалось появление грануляций, уменьшение лунки в размере. У 5 пациентов (33,3%) прослеживалось наличие единичных грануляций, сохранялись незначительные боли. В группе контроля у 12 больных (80%) отмечалось сохранение болевого синдрома, незначительное уменьшение отека и гиперемии слизистой десны, вместе с тем у 3 пациентов (20%) отсутствовал болевой синдром, сохранялся незначительный отек и гиперемия слизистой десны, прослеживалось появление единичных грануляций. На 6-е сутки у 13 пациентов (86,7%) в исследуемой группе отсутствовал полностью болевой синдром, отек, гиперемия слизистой десны, лунка полностью покрыта грануляционной тканью, в тоже время у 2 пациентов (13,3%) отмечено, что лунка частично выстлана грануляционной тканью, боли, отек и гиперемия, также полностью отсутствовали. В группе контроля на 6-е сутки у 10 больных (66,7%) сохранялись периодические, незначительные боли в лунке, небольшой отек и гиперемия слизистой десны, наблюдалось появление грануляционной ткани в лунке, а у 5 больных (33,3%) группы контроля - болей, отека, гиперемии слизистой десны не выявлено. Лунка частично выстлана грануляционной тканью.

Выводы. В результате исследования выявлено, что у пациентов, которым проводилось лечение с применением порошка цефтриаксон, отмечается наиболее быстрое купирование болевого синдрома, местных воспалительных реакций, а также ускорение процессов грануляции лунки. Таким образом, установлено, что комбинация порошка цефтриаксон с губкой «Альвостаз» оказывает более выраженный противовоспалительный и антибактериальный эффект, а также стимулирует процессы грануляции лунки. Применение комбинированной терапии позволило улучшить результаты лечения и сократить его сроки в среднем на 3-5 дней, что значительно повышает качество жизни пациента.

СОДЕРЖАНИЕ

Попова И.Н. СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	7
Афанасьева В.К. ИТОГИ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬЯ В 2020 ГОДУ	10
Алтынникова И.О., Секисова Ю.В., Пинелис И.С. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	15
Бакшеева С. Л., Галонский В. Г., Дорохова С. А., Прохоренко Н. А. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	23
Лопатина О. В. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРОНТОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	26
Бриль Е. А., Галонский В. Г., Пустошилова А. С. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	30
Волынкина А. И., Галонский В. Г. РЕЗУЛЬТАТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	36
Гайдарова Т.А., Лифляндер-Пачерских А.А. АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРУКСИЗМОМ	46
Гайдарова Т.А., Лифляндер-Пачерских А.А. ЗАКОНОМЕРНОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ БРУКСИЗМОМ	53
Гайдарова Т.А., Лифляндер-Пачерских А.А. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗУБОВ	60
Галонский В.Г., Журавлёва Т.Б., Буянкина Р.Г., Тарасова Н.В., Алямовский В.В., Телятников А.Л., Бриль Е.А., Ракова И.И., Журавлёва Е.К. ВЫДАЮЩИЙСЯ НАСТАВНИК И ПЕДАГОГ, ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГ, ДОЦЕНТ В. Л. ТАРАСЕВИЧ (1949–2017)	68
Гомбоцыренова А.Б., Плащеватая Н.О., Пинелис И.С. ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	78
Дуж А. Н., Соколова О. Р., Галонский В. Г. ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА НАСЕЛЕНИЯ, ОБРАТИВШЕГОСЯ В ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ	81

Иванова Н. А., Галонский В. Г., Исаева Т. Н. ЛЕЧЕНИЕ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ	86
Кукушкин В.Л., Матвеев А.Н., Кукушкин Я.В. РЕЗОРБЦИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ	96
Кукушкин В.Л., Никулина В.Ю., Кукушкина Е.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЛОКОННЫХ ЛЕНТ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	103
Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А. МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ЭНДОДОНТА ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА И ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ	109
Лхасаранова И.Б., Пинелис Ю.И. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	114
Матафонова В.Ю., Сандакова Д.Ц., Обухова Ю.Г., Дабасамбуева А.З. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОЧИПОВ В СТОМАТОЛОГИИ	122
Монголов Л. Ж. Танганова Э. С., Пинелис И.С. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СТАЦИОНАРА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ	125
Монина Е.В., Пузырева Т.Н., Баданина Л.Р., Павленко В.М., Бондаренко Л.В., Рыбак О.Г., Лучшева Л.Ф., Тармаева С.В. ГРУППОВАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	127
Нуриева Н. С. , Кипарисов Ю. С., Галонский В. Г., Чернов В. Н. ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОТОКОЛОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА	132
Обухова Ю.Г., Савчинская О.А, Васильева Т.В. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛИПОМЫ ПОЛОСТИ РТА	142
Паршикова В.В., Яшнова Н.Б., Пинелис Ю.И., Смоляков Ю.Н., Кузник Б.И. ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИКИ В ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	148
Петрова А.М. ЗУБ НЕ ВЫДЕРЖИВАЕТ ГЕРМЕТИЗМА....	151
Пинелис И.С. В.А. ЛЮБАРСКИЙ – ВОИН, ХИРУРГ, ПЕДАГОГ, ХУДОЖНИК	157

Пинелис И.С. РОЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ В СТАНОВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	163
Писаревский Ю.Л., Найданова И.С., Писаревский И.Ю., Шаповалов А.Г. СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПРИ БРУКСИЗМЕ	169
Пузырева Т.Н., Баданина Л.Р., Савина Ю.В., Петрова В.А., Бондаренко Л.В., Рыбак О.Г., Лучшева Л.Ф., Тармаева С.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА	172
Сандакова Д.Ц., Дабасамбуева А.З. ПРЕДРАКИ ПОЛОСТИ РТА: ХЕЙЛИТ МАНГАНОТТИ	179
Сандакова Д.Ц., Дабасамбуева А.З., Обухова Ю.Г. СИСТЕМА ФЛОРИДА ПРОУБ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА	182
Сандакова Д.Ц., Паламова Т.В. ГЕРПЕС-ВИРУСЫ. ЧТО НУЖНО О НИХ ЗНАТЬ	186
Смирницкая М.В., Зобнин В.В., Обухова Ю.Г. КРАТКИЙ ОБЗОР АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СИСТЕМ ИЗОЛЯЦИИ	192
Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л., Зобнин В.В. МЕТОДЫ ИНВЕРСИИ КОФФЕРДАМА	197
Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л., Лхасаранова И.Б. VURASS, КАК ВАРИАНТ ПРИ ОТЛОМЕ ИНСТРУМЕНТА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ	201
Смирницкая М.В., Лхасаранова И.Б., Мищенко М.Н., Лебедев М.А. ОШИБКИ В ЭНДОДОНТИИ	203
Сурдо Э. С., Галонский В. Г., Тарасова Н. В. ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ	207
Сурдо Э. С., Тарасова Н. В., Черепанова Н. А., Галонский В. Г. ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА	213
Сурдо Э. С., Черепанова Н. А., Галонский В. Г. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	219
Тарасова Н. В., Галонский В. Г., Сурдо Э. С. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	224
Турчина Е.В., Яшнова Н.Б., Белоусов Д.С. АНАЛИЗ СОСТАВА БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	234

Ушницкий И.Д., Алексеева Т.В., Соловьева М.И., Пинелис И.С., Юркевич А.В., Филиппов С.С. КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА	237
Яшнова Н.Б., Катман М.А. ОСТЕОМИЕЛИТ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	249
Яшнова Н.Б., Катман М.А., Новикова Л.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОРОШКА ЦЕФТРИАКСОН И ГУБКИ АЛЬВОСТАЗ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА СУХОЙ ЛУНКИ	252

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Сборник трудов
краевой научно-практической конференции
врачей стоматологов
г. Чита, 26-28 мая 2021 г.**

Оригинал-макет подготовлен
редакционно-издательским центром ЧГМА
672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а
тел./факс: 8 (3022) 35-43-24/8 (3022) 32-30-58
e-mail: pochta@chitgma.ru
Сдано в набор 03.042021
Гарнитура «Таймс», формат 60X90 1/16, 258 стр.
Объем 4,2 Мб
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,
Тираж 200 экз.