

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Кировский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

**ТРУДЫ
ВСЕРОССИЙСКОЙ
V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С
МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

13-14 мая 2021г.

**Киров
2021**

УДК 616.31

ББК 56.6

A43

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ: сборник трудов всероссийской V научно-практической конференции с международным участием / Под ред. Л.М.Железнова, – Киров: Кировский государственный медицинский университет, 2021. – 203 с.

ACTUAL QUESTIONS OF DENTISTRY: the digest of the Russian V scientific and practical conference dedicated / edited by Zheleznov L.M. Kirov, Kirov state medical university, 2021. – 203 p.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

доктор медицинских наук, профессор Лев Михайлович Железнов.

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

доктор медицинских наук, профессор Максим Петрович Разин,

кандидат медицинских наук, доцент Светлана Николаевна Громова.

ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР

Фалалеева Екатерина Андреевна

EDITOR-IN-CHIEF

Zheleznov L.M.

Professor, Dr.sc.med.

DEPUTIES EDITOR-IN-CHIEF

Razin M.P.

Professor;

Gromova S.N.,

Docent

TECHNICAL EDITOR

Falaleeva E.A.

В сборнике представлены научные работы, выполненные учеными, аспирантами и студентами на кафедрах медицинских ВУЗов России. Результаты исследований, представленные в сборнике, отражают актуальные проблемы клинической и экспериментальной стоматологии, а также учитывают интересы смежных областей. Материалы сборника будут интересны студентам, практикующим врачам, преподавателям медицинских ВУЗов и научным сотрудникам.

СОДЕРЖАНИЕ

<u>АНДРЮШИНА А.В., АЛЕКПЕРОВА Э.Г., АНТОНОВА А.А.....</u>	<u>9</u>
СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ Г.ХАБАРОВСКА И Г.ЮЖНО-САХАЛИНСКА	
<u>АНТОНЕНКО А.Н., ШАКОВЕЦ Н.В.....</u>	<u>12</u>
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ СОГЛАСНО НОВОМУ МЕЖДУНАРОДНОМУ ПРОТОКОЛУ	
<u>АНТОНОВА А.А., НОСУЛЕНКО Л.В.....</u>	<u>15</u>
ФАКТОРЫ РИСКА И КАРИЕС ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. СОВЕТСКАЯ ГАВАНЬ	
<u>БЕССОНОВ С.Н., ПУТЬ С.А., ТАРЕЕВ Ю.В., ЦВЕТКОВ Ю.А.</u>	<u>18</u>
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ И ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНЕРОТОВЫХ КОРТИКАЛЬНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ	
<u>БЕССОНОВ С.Н., ЦВЕТКОВ Ю.А., ГУСЕВА О.Ю.....</u>	<u>22</u>
ОСОБЕННОСТИ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ И ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ И ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИ- И ВНЕРОТОВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ	
<u>БУРНАШОВА Т.И., СКРИПКИНА Г.И.</u>	<u>27</u>
АВТОРСКАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
<u>ГОРЛАЧЁВА Т.В., ТЕРЕХОВА Т.Н.....</u>	<u>30</u>
ПОТРЕБНОСТЬ В ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА МИНСКА	
<u>ГРОМОВА С.Н., КАЙСИНА Т.Н., ГУЖАВИНА Н.А., КРЕНЕВА В.А.....</u>	<u>35</u>
ВЛИЯНИЕ ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ С ЭФИРНЫМИ МАСЛАМИ НА ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА	
<u>ГУЩИН В.В., ВОРОБЬЕВ М.В.</u>	<u>39</u>

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ДАНИЛОВА М.А., ЗАЛАЗАЕВА Е.А.....42

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ИМЕЮЩИМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ И РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ, С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

ДРОБЫШЕВ А.Ю., СКАКУНОВ Я.И., РЕДЬКО Н.А.....45

ЗАКРЫТИЕ ПЕРФОРАЦИИ МЕМБРАНЫ ШНАЙДЕРА ПРИ ПОМОЩИ ЭМАЛЬМАТРИЧНЫХ ПРОТЕИНОВ ПРИ ОТКРЫТОМ СИНУС-ЛИФТИНГЕ

ДРОБЫШЕВ А.Ю., ВАУЛИНА Д.С., РЕДЬКО Н.А.....48

ОЦЕНКА ТОЧНОСТИ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕРЕОЛИТОГРАФИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШАБЛОНОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ ПО РАЗЛИЧНЫМ ОПТИЧЕСКИМ МОДЕЛЯМ

ДРОБЫШЕВ А.Ю., МЕЛИЕВ Д.И., РЕДЬКО Н.А.,.....51

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВОМ

ДУДНИК О.В., МАМЕДОВ А.А., СКАКОДУБ А.А., БИЛЛЕ Д.С., БЕЗНОСИК А.Р., ЧЕРТИХИНА А.С.55

РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ДУДНИК О.В., МАМЕДОВ АД.А.....58

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

ЕЛОВИКОВА Т.М., КОЩЕЕВ А.С.....61

ОЦЕНИВАНИЕ МАРКЕРОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

ЕРМИШИНА Е.Ю., ЕЛОВИКОВА Т.М., КОЩЕЕВ А.С.....64

ПАРАМЕТРЫ КИНЕТИКИ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ ПРОТИВ КУРЕНИЯ

ЕРОШЕНКО Н.А., МИТЕРЕВ А.А., ДРОБЫШЕВ А.Ю.....67

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРЕННИМИ НАРУШЕНИЯМИ ВНЧС

ЖОЛУДЕВ С. Е., ИВЛЕВ Ю. Н..... 70

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ И БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ

ЖУРБЕНКО В.А., КАРЛАШ А.Е..... 73

ОЦЕНКА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ИСЛАМОВА Н.Б., ИСЛОМОВ Л. Б. 76

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

КАШТАНОВА М.С., БЕНЬЯГУЕВА В.Э., КРЫЛОВА Е.Н..... 80

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

КОЗЛОВСКАЯ Л. В., БЕЛИК Л. П., КОЛКОВСКАЯ О. В..... 85

ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, УЧАСТНИКОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ

КОПЫТОВ А.А., ГОРБАЧЕВ А.Л..... 88

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕТРАКЦИИ ТОЛСТОГО И ТОНКОГО БИОТИПА ДЕСНЫ

КОПЫТОВ А.А., ЛЕОНТЬЕВ В.К..... 91

РЕДУКЦИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ЧЕЛОВЕКА КАК ФАКТОР, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЙ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАРОДОНТИТА

КОПЫТОВ А.А..... 94

ДЕТАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОГО ПРОСТРАНСТВА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

КРАВЦОВА-КУХМАР Н.Г., ШАКОВЕЦ Н. В..... 97

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ДЕТЕЙ МИНСКА И МИНСКОЙ ОБЛАСТИ О ПРИЧИНАХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАРГИНАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТА

КУРИЦКАЯ Е. М., БИСЛЮК А.С., КОЛКОВСКАЯ О.В..... 100

ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ «ANLI-DENT»

ЛАВРОВСКАЯ Я.А., РОМАНЕНКО И.Г., ЛАВРОВСКАЯ О.М..... 103

ВЛИЯНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НА АНТИПЛАЗМИНОВУЮ АКТИВНОСТЬ КРОВИ У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ЛЕ Т.Х., ДРОБЫШЕВ А.Ю., РЕДЬКО Н.А..... 106

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УДАЛЕННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ДЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ АУГМЕНТАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ЧЕЛЮСТЕЙ В ПРЕДИМЛАНТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

МАКАРОВ А.В., МАКАРОВА Д.А..... 109

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА В БОЕВЫХ ИСКУССТВАХ

МАКАРОВА Д.А., МАКАРОВ А.В..... 114

ОСОБЕННОСТИ ПАРТЕРНОЙ ГИМНАСТИКИ

МАЛАНОВА О.А., МОРОЗОВА Н.С..... 117

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА

МАЛАШКИНА Д.В., ЕЛИСТРАТОВА М.И..... 120

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

МАМЕДОВ А.А., СКАКОДУБ А.А., МАЗУРИНА Л.А., ДУДНИК О.В., ЧЕРТИХИНА А.С., БЕЗНОСИК А.Р., БИЛЛЕ Д.С..... 123

ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМ ВАН ДЕР ВУДА. (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

МОРОЗОВ Д.И., ЛАШКО И.С., ВОЛКОВ А.Г., ДИКОПОВА Н.Ж..... 126

УЛЬТРАФОНОФОРЕЗ ГЕЛЯ МЕТРОГИЛ ДЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

МУРТАЗАЕВ А. В., ИСЛАМОВА Н. Б..... 129

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЕ ЛЮДЕЙ К ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

НИЦЗЯТИ Н., ТЕРЕХОВА Т.Н..... 133

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

ПОЛУШИНА Л.Г., СВЕТЛАКОВА Е.Н., БАЗАРНЫЙ В.В..... 138

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОЛИФТИНГА ПОСЛЕ LANAP В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И. О., АЛИ ТЕРГАМ АБДУЛАМИР АЛИ..... 141

ВЛИЯНИЕ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ВОДОРОДНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И. О., ТЕРЕХОВА Т. Н., НИЦЗЯТИ Н..... 144

ВЫЯВЛЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

РАЗИЛОВА А.В..... 147

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ТРЕВОЖНОГО РЕБЕНКА 6-12 ЛЕТ ОРТОДОНТОМ

РЕДИНОВ И.С. 149

ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

РЕДИНОВА Т.Л., ПРИЛУКОВА Н.А., ЛЕКОМЦЕВА Ю.В..... 152

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

РУМЯНЦЕВ В.А., БЛИНОВА А.В. 155

НОВЫЕ ЗУБОСОХРАНЯЮЩИЕ НАНОТЕХНОЛОГИИ В ЭНДОДОНТИИ

САБЛИНА С.Н., ЕЛОВИКОВА Т.М., ГРИГОРЬЕВ С.С., КОЩЕЕВ А.С..... 158

ОЦЕНКА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА Д

СВЕТЛАКОВА Е.Н., МАНДРА Ю.В., КОТИКОВА А.Ю. 161

ВКЛЮЧЕНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС НА ЦИКЛЕ «ЛАЗЕРНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

СИЛАНТЬЕВА Е. Н..... 164

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЖЕЛАТИНОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПЛЕНОК

СПИЧЕКОВА С.Ю., АДМАКИН О.И..... 168

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПЛОЩАДИ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФУНКЦИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ С ПОМОЩЬЮ ЦИФРОВОГО АППАРАТА T-SCAN

СТЕБЕЛЕВА Ю.В., МАМЕДОВ АД.А..... 171

**ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С
РАЩЕЛИНОЙ НЁБА В ПЕРИОДЕ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

ТАТАРЕНКО С.А., БЕЙН Б.Н., ЛОБАСТОВ Д.К. 174

**АКТУАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ
СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ**

ТУНЕВА Н.А., БОГАЧЕВА Н.В. 177

**АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРОФЛОРЫ
ПЕРИИМПЛАНТНЫХ ЗОН**

ФАЗИЛБЕКОВА Г. А., ГАФФОРОВ С. А. 181

**ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ
СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

ФАЛАЛЕЕВА Е.А. , ГРОМОВА С.Н., ГРОМОВ Я.П., ЕЛИКОВ А.В. 186

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ В СВОЕМ СОСТАВЕ
ДИКАЛЬЦИЙ ФОСФАТ ДИГИДРАТ КАК ОДИН ИЗ ДЕЙСТВУЮЩИХ
КОМПОНЕНТОВ**

ЧИКАРЕВА Е.К., ОГАНЕСЯН А.А., ОДАРЧЕНКО К.С. 190

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО
ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО
СИНУСИТА**

ШЕВКУНОВА Н.А. 193

**ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДА**

ЯКУБ Д.Д., АДМАКИН О.И., СОЛОП И.А., СТАРЦЕВА И.В. 197

САГИТТАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ВЗРОСЛОГО

ЯЦУК А.И., ГОРБАЧЕВА К.А. 201

**НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ,
ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИОД ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАЗВИТИЯ У 8-
ЛЕТНИХ ШКОЛЬНИКОВ Г.МИНСКА**

Андрюшина А.В., Алекперова Э.Г., Антонова А.А.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ Г.ХАБАРОВСКА И Г.ЮЖНО-САХАЛИНСКА

ФГБОУ ВО Дальневосточный ГМУ Минздрава России, г. Хабаровск

Аннотация: по данным С.А. Галёса (2015г) в Хабаровском крае распространённость заболеваний пародонта у детей от 61% до 70%; интенсивность заболеваний пародонта по индексу КПИ от $2,20 \pm 0,75$ до $2,84 \pm 0,97$. В городе Южно-Сахалинск подобных исследований не проведено.

Ключевые слова: дети, пародонт, гигиена полости рта, факторы риска.

Краткое введение. Изучение состояния тканей пародонта и выявление факторов риска возникновения заболеваний пародонта у детей в возрасте от 6 до 16 лет г. Хабаровска и г. Южно-Сахалинска. Выявлена высокая степень распространённости и легкая степень интенсивности заболеваний пародонта у детей. Уровень гигиены полости рта является фактором риска возникновения заболеваний пародонта. Статистических различий в значениях показателей между городами не выявлено. У детей с возрастом наблюдается тенденция к увеличению заболеваний тканей пародонта.

Цель исследования. Изучение состояния тканей пародонта и выявление факторов риска возникновения заболеваний пародонта у детей г. Хабаровска и г. Южно-Сахалинска.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 100 пациентов, на базе стоматологической клиники «ALL DENT» г. Хабаровска и ГБУЗ «Областная стоматологическая поликлиника» г. Южно-Сахалинска. 50 детей г. Хабаровска и 50 детей г. Южно-Сахалинска в возрастной категории от 6 до 16 лет. Клиническое стоматологическое обследование: определение распространённости (%), интенсивности заболеваний пародонта с помощью индекса КПИ, упрощенного индекса гигиены по Green-Vermillion, состояния тканей пародонта с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса; социологический метод исследования; статистический метод исследования.

Результаты и обсуждения. Распространенность заболеваний пародонта равна $80,7\% \pm 2,75\%$, что соответствует высокой степени. Распространенность заболеваний пародонта у детей г. Хабаровска = $82,13\% \pm 3,23\%$, г. Южно-Сахалинска = $81,25\% \pm 2,28\%$ ($p > 0,05$). Средний показатель интенсивности заболевания пародонта у детей (КПИ) = $1,6 \pm 0,26$, что соответствует легкой степени тяжести заболеваний пародонта. Статистических различий в значениях показателей между городами не выявлено ($p > 0,05$). С возрастом у детей наблюдается увеличение распространенности заболеваний пародонта. Показатель интенсивности поражения тканей пародонта у детей г. Хабаровска = $1,57 \pm 0,22$, г. Южно-Сахалинска = $1,63 \pm 0,3$ ($p > 0,05$). Уровень гигиены по индексу Грина-Вермильона у детей младшего школьного возраста значительно хуже $1,45 \pm 0,17$, чем у детей среднего $1,3 \pm 0,13$ и старшего $1,08 \pm 0,15$ возраста ($p < 0,05$). Среднее значение индекса $1,27 \pm 0,23$ балла. Статистических различий в значениях показателей между городами не выявлено: для детей г. Хабаровска $1,28 \pm 0,16$; для детей г. Южно-Сахалинска $1,17 \pm 0,15$ ($p > 0,05$). Клиническое состояние тканей пародонта у детей по индексу РМА. Среднее значение индекса у детей = $19,3\% \pm 2,3\%$. Статистических различий в значениях показателей между городами не выявлено г. Хабаровска $17,14\% \pm 1,9\%$; для детей г. Южно-Сахалинска $21,58\% \pm 2,7\%$ ($p > 0,05$). У детей с возрастом наблюдается тенденция к увеличению заболеваний тканей пародонта.

Результаты анкетирования: 40% опрошенных обращаются с целью решения конкретной проблемы; у 55% детей с патологией пародонта отмечается преобладание в ежедневном рационе пищи мягкой консистенции; кровоточивость дёсен во время приема пищи отмечают 15 %, во время чистки - 46% детей; наличие сопутствующих заболеваний выявлено у 32% детей, наибольшая часть которых приходится на заболевания ЖКТ. Все вышеизложенные факторы были выявлены у детей с заболеваниями пародонта.

Интегрированный показатель по Разумеевой Г.И., Удовицкой Е.В., Букреевой Н.М. в г. Хабаровска = 0,53, в г. Южно-Сахалинска = 0,59, что соответствует недостаточному уровню санитарно-гигиенических знаний.

Статистических различий в значениях показателей между городами не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы. 1. Выявлена высокая степень распространённости $80,7\% \pm 2,75\%$ и легкая степень интенсивности $1,6 \pm 0,26$ заболеваний пародонта у детей г. Хабаровска и г. Южно-Сахалинска ($p > 0,05$). С возрастом наблюдается увеличение показателей.

2. Уровень гигиены полости рта по Грин-Вермильону у детей удовлетворительный. Среднее значение индекса $1,27 \pm 0,55$ балла ($p > 0,05$). Состояние тканей пародонта у детей зависит от уровня гигиены полости рта.

3. Среднее значение индекса РМА у детей $19,36\% \pm 0,8\%$, ($p > 0,05$). Статистических различий в значениях показателей между городами не выявлено. Исходя из среднего значения индекса, у детей с возрастом наблюдается тенденция к увеличению заболеваний тканей пародонта.

4. В ходе анкетирования детей были выявлены следующие причины и факторы риска возникновения и развития заболеваний пародонта: неудовлетворительная гигиена полости рта, нерегулярная обращаемость детей за стоматологической помощью, преобладание в рационе детей пищи мягкой консистенции, наличие у детей сопутствующих болезней, наибольшая часть которых приходится на заболевания ЖКТ.

Библиографический список:

1. Галеса С.А, Дьяченко В.Г. «Особенности распространённости и интенсивности кариеса у детей различных климато-географических зон Хабаровского края.» 2015. С 16-17.

2. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний - Москва.-2001.-214с.

3. Шаповаленко Е.С. , Антонова А.А. «Изучение распространённости и интенсивности пародонтитов у жителей г. Хабаровска» 2015.-N 3.-С.80-82.

Антоненко А.Н., Шаковец Н.В.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ СОГЛАСНО НОВОМУ МЕЖДУНАРОДНОМУ ПРОТОКОЛУ

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Аннотация: в статье представлены данные стоматологического обследования 393 детей в возрасте от 1 года до 6 лет, проживающих в г. Минске, Минской и Брестской областях. Распространенность кариеса зубов у детей, согласно новому международному протоколу, составила 62,9%, интенсивность по индексу ECC_{1-3mft} – 4,00 (4,33) зуба. Количество пораженных кариесом поверхностей по индексу ECC_{1-3mfs} составило 6,08 (7,90).

Ключевые слова: кариес раннего возраста, новый международный протокол диагностики кариеса зубов, распространенность, интенсивность.

Наиболее распространенным методом выявления и оценки наличия кариеса зубов у индивидуума является стандарт диагностики ВОЗ (1997), при котором кариозные поражения регистрируются только на стадии, когда уже имеется дефект в виде необратимой убыли твердых тканей зуба, или же на стадии развития осложнений. В связи с агрессивностью и быстротой течения кариозного процесса у детей первых лет жизни для регистрации у них кариозных поражений была предложен новый протокол (Evans et al., 2017), согласно которому в зубную формулу вносятся все кариозные поражения, включая начальные, развитие которых можно приостановить путем контроля ведущих факторов риска и применения неинвазивных методов лечения.

Цель исследования. Оценить интенсивность и распространенность кариеса раннего возраста среди детей г. Минска, Минской и Брестской областей Республики Беларусь с использованием нового международного протокола.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 393 ребенка (197 (50,1%) мальчиков и 196 (49,9%) девочек) в возрасте от 1 года до 6 лет (12-71 месяц), проживающих в г. Минске, городской и сельской местности Минской и Брестской областей Республики Беларусь. Все дети были распределены на 5

возрастных групп: 12-23 месяца (n=55), 24-35 месяцев (n=77), 36-47 месяцев (n=93), 48-59 месяцев (n=77) и 60-71 месяцев (n=91). Данные осмотра регистрировались в карте, прилагаемой к международному протоколу диагностики и оценки кариеса раннего возраста. Состояние гигиены полости рта оценивали по индексу Silness-Loe (1967). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что распространенность кариеса зубов у обследованных детей г. Минска, Минской и Брестской областей возрастала с 33,3% в возрасте 1 года до 100% в возрасте 5 лет, среднее значение составило 62,9%. Наибольшая распространенность кариеса зубов (100%) отмечена в возрастной группе от 60 до 71 месяцев в Минской области. У годовалых детей Брестской области зарегистрирована самая низкая распространенность данного заболевания, которая составила 29,0%.

В возрасте 1 года каждый ребенок имел в среднем по 1,20 пораженных кариесом зуба по индексу $ECC_{1-3}mft$ и 2,07 поверхностей по индексу $ECC_{1-3}mfs$. С возрастом эти показатели возрастали, составив 6,73 ($p_{1-2,3,4,5} < 0,001$) и 10,45 ($p_{1-2,3,4,5} < 0,001$) соответственно у детей в возрасте 5 лет. Наиболее высокие значения индексов $ECC_{1-3}mft$ и $ECC_{1-3}mfs$ выявлены у пятилетних детей, проживающих в Брестской области (9,04 ($p_{5-1,2,3,4} < 0,0002$) и 16,33 ($p_{5-1,2,3,4} < 0,0003$) соответственно).

В структуре индекса интенсивности кариеса зубов у детей в возрасте 1-3 лет наибольшую долю составляли обратимые кариозные поражения (ECC_1), особенно у детей Брестской области (68,5%). В среднем среди всех обследованных детей этот показатель достиг 35,1%, то есть одну треть от всех диагностированных. Каждый ребенок имел в полости рта 0,71 (1,65) запломбированных и 0,10 (0,39) удаленных зубов. При этом наибольшее количество последних зарегистрировано у 4-хлетних детей (0,30 (0,67)).

Индекс гигиены (PLI) у детей дошкольного возраста составил 1,28 балла. В результате исследования установлено, что среднее значение этого индекса колебалось от 0,98 (0,70) у однолетних детей до 1,48 (0,89) у трехлетних (p_{1-}

$_{3,4,5} < 0,03$). Наиболее высокие значения индекса гигиены полости рта регистрировались у детей в возрасте 3-4 лет, когда многие родители доверяют им самостоятельно проводить чистку зубов. Между индексом гигиены и интенсивностью начальных кариозных поражений выявлена положительная средняя корреляционная связь ($r=0,32$).

Выводы. Использование нового международного протокола диагностики и оценки кариеса раннего возраста позволило выявить и зарегистрировать кариозные поражения без образования полости, наибольшая доля которых приходится на возраст от 1 до 3 лет, что указывает на необходимость активного внедрения мер первичной профилактики кариеса зубов с начала их прорезывания и просвещения родителей по основным факторам риска данного заболевания.

Библиографический список:

1. WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. // Geneva, Switzerland: World Health, Organization. – 2017.
2. Chaffee B. W, Rodrigues P. H, Kramer P. F, Vítolo M. R, Feldens C. A. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience // Community Dent Oral Epidemiol. – 2017. – Vol. 45. – P. 216-224.
3. Evans, R. W., Feldens, C.A., Phantunvanit P. Protocol for Early Childhood Caries (ECC) Diagnosis and Risk Assessment // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2018. – Vol. 46(6). – P. 518-525.

Антонова А.А., Носуленко Л.В.

ФАКТОРЫ РИСКА И КАРИЕС ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. СОВЕТСКАЯ ГАВАНЬ

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет»,
Хабаровск (Россия)

Аннотация: детский кариес является особой формой патологии, имеющей сложную разнопланово взаимодействующую многофакторную природу. Оценивать силу и степень воздействия факторов риска необходимо в условиях конкретного пациента с учетом стадии развития и возрастных особенностей строения молочных зубов, а также обстоятельств экзо- и эндогенного характера. Большая часть факторов риска – это те факторы, возникновение которых зависит от поведения ребенка и его родителей, они могут быть минимизированы как со стороны стоматолога, так и профилактическими мерами пациента.

Ключевые слова: интенсивность кариеса, дети дошкольного возраста, факторы риска, анкетирование родителей.

Цель исследования. Оценить влияние факторов риска на течение кариозного процесса у детей дошкольного возраста (5-6 лет) г. Советская Гавань (Хабаровский край).

Материал и методы. Проведено стоматологическое обследование детского населения согласно рекомендациям ВОЗ, в котором приняло участие 146 детей в возрасте 5-6 лет. В каждой группе определялись распространенность кариеса (в процентах) и его интенсивность (КПУ+кп), состояние гигиены полости рта (по Федорову-Володкиной) и тканей пародонта (КПИ).

Одновременно с клиническим обследованием детей проведено анкетирование родителей по специальной анкете ВОЗ, которая включает 12 вопросов относительно гигиены полости рта ребенка и его рациона питания.

Результаты исследования. Выявлена высокая распространенность кариеса зубов у детей г. Советская Гавань (80,82%) при интенсивности поражения 6,78 зуба, что указывает на недостаточный уровень реализации программ профилактики.

При распределении детей по степеням активности кариозного процесса превалировала компенсированная форма кариеса (46,6%), последующие места занимали субкомпенсированная (17,8%) и декомпенсированная (35,6%) формы. При сравнительной характеристике состояния полости рта у детей в большинстве групп выявлена неудовлетворительная гигиена полости рта: $2,17 \pm 0,054$. У детей с компенсированной формой средние показатели составляют $1,97 \pm 0,09$ балла, что соответствует удовлетворительной гигиене полости рта по сравнению с декомпенсированной формой – $2,27 \pm 0,07$ балла, что соответствует неудовлетворительной гигиене полости рта. Методом парной корреляции выявлена слабая корреляционная связь между показателем КПУ+кп и индексом гигиены полости рта ($r=0,2 \pm 0,07$), что указывает на то, что уровень гигиены у детей всех исследуемых групп не зависит от показателя интенсивности кариеса, он неудовлетворителен.

По данным показателя КПИ у детей с компенсированной и субкомпенсированной формами кариеса регистрировался зубной налет, что трактуется как фактор риска к возникновению заболеваний пародонта. У детей с декомпенсированной формой кариеса показатель КПИ составил $1,38 \pm 0,2$, что можно интерпретировать как легкую степень тяжести заболеваний пародонта. Показатель КПИ также зависит от уровня гигиены полости рта: у детей с компенсированной формой показатель КПИ был ниже – $0,94 \pm 0,08$, чем в группе детей с декомпенсированной формой кариеса – $1,38 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

По результатам анкетирования родителей дошкольников установлено, что из 146 анкетированных 1 раз в день чистят зубы 36,4%, 2 раза в день – 54,3%, нерегулярно – 7,2%. В 2,1% семей молочные зубы вообще не чистят. Начали чистить молочные зубы своему ребёнку только 83,2% родителей в 2-3 года, и практически единицы (16,8%) – с появлением первого зуба. Выяснилось, что 3,2% детей уделяют чистке зубов менее 1 минуты; 61,7% тратят на чистку зубов от 1 до 2 мин; 35,1% опрошенных заверили, что тратят на данную гигиеническую процедуру более 2 минут. Полученные данные показали, что 81,6% опрошенных меняют зубную щетку 1 раз в 2-3 месяца, у 18,4% детей смена зубной щетки

происходит 1 раз в полгода. Регулярно используют зубочистки - 13,8%, иногда – 36,5%, вовсе не используют – 49,7%.

Жевательной резинке отдают предпочтение 48,8% анкетированных, время от времени ее используют – 8,4%, не используют – 42,8%. Из 142 детей, использующих жевательную резинку, 38,6% употребляют ее в течение 10-15 минут после еды, более 15 мин – 43,7% и 17,7% – в течение всего дня.

При оценке рациона питания выявлено, что большинство обследуемых детей потребляют чай с сахаром довольно часто: несколько раз в день (26,3%), каждый день (42,7%), несколько раз в неделю (21,8%), редко/никогда (9,2%).

Выводы. 1. Выявлена высокая распространенность кариозного процесса 80,82% при средних показателях интенсивности 6,78 зуба.

2. Установлена взаимосвязь между степенью интенсивности кариеса и состоянием гигиены полости рта, между степенью активности кариеса и показателем КПИ.

3. Дополнительными факторами риска, наряду с неудовлетворительным уровнем ухода за полостью рта, является избыточное потребление углеводов и низкий уровень знаний родителей о гигиене и профилактике стоматологических заболеваний, что приводит к недостаточной гигиене полости рта и высокой пораженности зубов кариесом.

Библиографический список:

1. Антонова А.А., Литвина И.Ю., Шевченко О.Л. Влияние витамина Д на течение кариозного процесса. Тихоокеанский медицинский журнал. – Владивосток, 2020. - №2 (80). – С.39-41

2. Елистратова М.И., Кольцов И.П., Старовойтова Е.Л., Стрельникова Н.В., Шевченко О.Л. Кариес временных зубов как социально-значимое инфекционное заболевания. Якутский медицинский журнал. – 2018. - №1 (61). – С.78-83.

3. Кисельникова Л.П., Леонтьев В.К. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. – Мед. кн.; Москва: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – С.367-425.

Бессонов С.Н., Путь С.А., Тареев Ю.В., Цветков Ю.А.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ И ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНЕРОТОВЫХ КОРТИКАЛЬНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

ФГБОУ ВО Ярославский ГМУ Минздрава России, ООО стоматологическая клиника «В Путь», Москва

Аннотация: работа посвящена костной аугментации альвеолярного отростка перед проведением дентальной имплантации с использованием аутоотрансплантатов из метадиафизарной зоны большеберцовой кости или наружной кортикальной пластины теменной кости. Преимуществами методики является относительно простое получение аутокостного материала, не уступающего по качеству кортикально-губчатым трансплантатам из внутриротовых областей, достаточное для устранения нескольких костных альвеолярных дефектов в 3-4 квадрантах ротовой полости в условиях дневного стационара.

Ключевые слова: дентальная имплантация, костная пластика альвеолярного отростка, внеротовые аутоотрансплантаты.

Для проведения ортопедического лечения с применением имплантатов пациентам с выраженной атрофией альвеолярного отростка требуется трансплантация большого объема костной ткани, который не всегда можно получить в полости рта.

С 2004 успешно применяется методика костной аугментации перед проведением дентальной имплантации с применением аутоотрансплантатов из метадиафизарной зоны большеберцовой кости или наружной кортикальной пластины теменной кости. Преимуществами методики является относительно простое получение аутокостного материала, достаточного для устранения нескольких костных альвеолярных дефектов в 3-4 квадрантах ротовой полости в условиях дневного стационара, не уступающего по качеству кортикально-губчатым внутриротовым трансплантатам.

Сравнительная характеристика использования аутокостных трансплантатов.

Внутриротовые	Внеротовые
1. Один специалист выполняет все манипуляции	1. Не всегда один специалист может провести операцию
2. Риски повреждения анатомических структур в нижнечелюстном канале высокие	2. Риски повреждения анатомических структур минимальные
3. Ограничен объём аутокостной ткани, которая в зоне забора не всегда восстанавливается	3. Ограничений по объему костной ткани, как правило, нет
4. Методика забора сложная и требует навыков и оснащения	4. Кость в месте забора восстанавливается, либо дефект может быть закрыт искусственно
5. Амбулаторные вмешательства	5. Может производиться амбулаторно и стационарно

За 13 лет было проведено более 250 операций, установлено 980 имплантатов для опоры мостовидных, балочных и телескопических протезов. Хирургические вмешательства проводились под седацией, обеспечивающей состояние психо-эмоциональной стабильности и комфорта для пациента при наличии самостоятельного дыхания, сознания, сохраненных и слегка угнетенных защитных рефлексах. Очень важна быстрая посленаркозная реабилитация. Преимуществом методики является относительная простота забора и доступность донорской области, минимальная послеоперационная болезненность, краткий период снижения опороспособности конечности и возможность проведения операции в условиях дневного стационара. Хирург-стоматолог получает достаточный объем костного материала для реконструкции практически любых альвеолярных дефектов. Операция может проводиться одновременно в донорской и реципиентной областях, что сокращает время операции. Костная ткань регенерата через 4 месяца отлично васкуляризована, резорбция составляет не более 10-15%. Отсутствие дефицита костной ткани альвеолярного отростка позволяет хирургу

установить в оптимальном положении необходимое количество имплантатов. Качество костного регенерата – отличное, не наблюдается разницы в работе с имплантатами установленными в нативную кость или костный регенерат в области применения внеротовых аутотрансплантатов.

Табл.2

Сравнительная характеристика внеротовых аутотрансплантатов.

Теменные	Большеберцовые
<p>1. Оперативное вмешательство возможно только в условиях стационара</p> <p>2. Высокое качество кости, минимальная резорбция.</p> <p>3. Может проводить один специалист</p> <p>4. Требует искусственного заполнения дефекта костной ткани</p> <p>5. Трудоемкая адаптация аутокостных блоков</p>	<p>1. Амбулаторные вмешательства</p> <p>2. Хорошее качество кости, возможно использование с надкостничными структурами, резорбция умеренная</p> <p>3. Требуется два специалиста разного профиля</p> <p>4. Кость в донорской области восстанавливается полностью</p> <p>5. Адаптация костных блоков упрощена</p>

У ортопеда больше возможностей сделать эстетическую и функциональную реставрацию после проведения костной аугментации, так как имплантаты устанавливаются в оптимальное положение, многие - под прямой абатмент. По нашим ретроспективным наблюдениям с 2004 г. вокруг установленных имплантатов сохраняется стабильный объем костной ткани. За этот период наблюдения выживаемость имплантатов не уступала таковой у имплантатов, установленных в нативную костную ткань, так же не выявлены случаи прогрессирующей атрофии костного регенерата. Рентгенологически, резорбция костной ткани вокруг имплантатов не превышает норму.

Выводы.

1. Развитие современных информационных ресурсов позволяет пациентам быть в курсе новейших технологий, что обязывает врачей соответствовать высоким запросам пациентов.

2. Квалификация и опыт специалистов должны соответствовать уровню сложности оперативных вмешательств.

3. Для достижения наиболее благоприятных результатов хирургического лечения оперативные вмешательства высокого уровня сложности должны проводиться в специализированных клиниках.

4. Расширение возможностей костной пластики альвеолярного отростка создает условия для высокой эстетической реабилитации зубного ряда при значительной адентии и атрофии альвеолярного отростка.

5. Применение анестезиологического пособия в амбулаторных условиях при выполнении обширных костно-пластических и реконструктивных операциях в ЧЛХ и хирургической стоматологии гарантия психофизической безопасности пациента.

6. Междисциплинарный подход к лечению пациентов с выраженной атрофией альвеолярных отростков и грамотное предоперационное планирование – залог долгосрочного благоприятного результата работы стоматологов-ортопедов.

Библиографический список:

1. Альфаро Ф.Э. Костная пластика в стоматологической имплантологии: Описание методик и их клиническое применение. – М., Издательский дом «Азбука», 2006. – 235 с.

2. Блок М.С. Дентальная имплантология (хирургические аспекты). – 2-е изд. – М., Медпресс-информ. 2015. – 448 с.

3. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). – М., Медицина, 2003. – 560 с.

4. Урбан И. Увеличение высоты и толщины альвеолярного гребня. Перспективы. – М., ООО «Азбука стоматолога», 2017. – 386 с.

5. Khoury F., Antoun H., Missika P. Bone augmentation in oral implantology. – New Malden, Quintessence Publishing Co, 2007. – 436 p.

Бессонов С.Н., Цветков Ю.А., Гусева О.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ И ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ И ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИ- И ВНЕРОТОВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

ФГБОУ ВО Ярославский ГМУ Минздрава России, Ярославль

Аннотация: зубное протезирование пациентов с большим объемом потери костной ткани имеют и обширными дефектами зубных рядов имеет ряд особенностей: выраженная клиническая высота будущей ортопедической конструкции, увеличенная и вне осевая нагрузка на имплантат и фиксирующий винт, дефицит кератинизированной прикреплённой десны. Для получения оптимального и долгосрочного результата необходимо использовать современные технологии: компьютерное моделирование шаблонов установки имплантатов, пластику мягких тканей для увеличения прикреплённой десны, применение мультиюнит-абатментов в качестве опоры, использование условно-съёмных конструкций.

Ключевые слова: дентальная имплантация, зубное протезирование на имплантатах, мультиюнит-абатменты, условно-съёмные протезы.

Количество костной ткани после оперативной аугментации альвеолярного отростка позволяет установить имплантат в необходимую ортопедическую позицию и задать нужный наклон. В связи с тем, что пациенты с большим объемом потери костной ткани имеют, как правило, обширные дефекты зубных рядов, определить оптимальную позицию устанавливаемых имплантатов не просто. Рекомендуется использование навигационных хирургических шаблонов с предварительной моделировкой зубным техником примерного расположения будущей ортопедической конструкции, совмещая эти данные с программой компьютерной томографии челюстей.

Изготавливаются шаблоны методом 3D печати. Такой подход позволяет предотвратить дальнейшие сложности при ортопедическом лечении, такие как:

- 1) нагрузка на фиксирующий винт имплантата под углом;
- 2) эстетические проблемы в связи с несоответствием позиции имплантата и места расположения коронки;
- 3) выход шахты в коронках на вестибулярную или оральную стороны;
- 4) не параллельность имплантатов, что вызывает сложности с использованием винтовой фиксации.

Все вышеназванные проблемы возможно частично решить (например, с использованием мультиюнит-абатментов) с уменьшением рисков, но необходимо подстраивать конструкцию под клиническую ситуацию.

Достаточное количество только костной ткани не является единственным условием успеха в дентальной имплантации, необходимо иметь достаточный объём мягких тканей вокруг шейки имплантата, а именно кератинизированной прикреплённой десны высотой не менее 3-4 мм, в зависимости от клинической ситуации. Во многих случаях для достижения этой цели проводят пластику мягких тканей аутотрансплантатами с бугра верхней челюсти или неба. Такие операции проводятся либо сразу же после установки имплантата, либо во время установки формирователя десны. Ведь именно вышеназванные мягкие ткани формируют так называемую «биологическую ширину» вокруг шейки имплантата, которая обеспечивает защиту его от инфицирования и в дальнейшем резорбции костной ткани, при условии качественной индивидуальной и профессиональной гигиены.

Третьей проблемой может являться достаточно высокая клиническая высота коронковой части будущей конструкции. Причина – значительная атрофия костной ткани, а хирургическая аугментация костной ткани, как правило, неспособна полностью компенсировать резорбированную часть альвеолярного отростка в вертикальном направлении. Проявлением этой проблемы является повышенная нагрузка на фиксирующий винт конструкции, в связи с несоответствием клинической высоты коронки и длины имплантата, а также осложнённая гигиена.

Эту проблему можно решить следующими способами:

- 1) Использование мультиюнит-абатментов для опоры несъёмной конструкции (коронки), с помощью которых ортопедическая платформа

переносится с самого имплантата, на поверхность абатмента после его установки (принцип переключения платформ), и конструкция фиксируется уже непосредственно к данному мультиюнит-абатменту. Конструкция с данной фиксацией имеет в сумме два фиксирующих винта, что увеличивает надежность. За счёт заданной на платформе мультиюнит-абатментов конусностью, а также различных вариаций наклона обеспечивается пассивная посадка конструкции даже на винтовой фиксации с непараллельными имплантатами.

2) Использование более лёгких и более упругих конструкций:

– Условно съёмное протезирование цельно композитными конструкциям (Bio Hpp) или композитными конструкциями с опорой на титановую балку.

Основным показанием является значительная атрофия костной ткани и десны в вертикальном направлении.

В данном варианте после установки мультиюнит-абатментов в полости рта и снятия оттисков, изготавливается титановая или цельно композитная (Bio Hpp) балочная конструкция с нанесением технического композитного материала.

Преимуществом является сниженная нагрузка на сами имплантаты и фиксирующие винты. Также огромным преимуществом является возможность в любой момент времени, цельно снимать конструкцию без ее повреждения и проводить гигиеническую обработку, предотвращая дальнейшие осложнения. При этом конструкция сохраняет удобство для пациента, так как не требует ежедневного снятия конструкции и жестко фиксирована в полости рта. Для данной методики необходима установка 4 имплантатов и более.

– Съёмные балочные протезы с укорочёнными границами, а также телескопические протезы.

Основным показанием является значительная атрофия костной ткани и десны в вертикальном направлении при наличии малого количества имплантатов.

Для варианта изготовления съёмного балочного протеза достаточно установки даже 4 имплантатов чтобы восстановить целостность всего зубного ряда. Так как такой протез является съёмным видом протезирования и имеет значительную опору на протезное ложе в отличие от условно-съёмных протезов.

Огромным преимуществом служит ежедневное самостоятельное снятие пациентом данной конструкции, что улучшает уход за ней.

– Телескопические съёмные протезы имеют аналогичные показания и преимущества, как и у съёмных балочных протезов. Однако, хотелось бы отметить отличие и преимущество данного вида протезирования: возможность использовать в опору сохранившиеся здоровые зубы, покрывая их телескопическими коронками. Это, пожалуй, единственный ремонтпригодный протез, который позволяет объединить в одной конструкции в опору, и свои зубы, и имплантаты, не вызывая осложнений, как например их объединение в несъёмной конструкции (перегрузка пародонта зуба или костной ткани вокруг имплантата). Ведь данный протез не имеет жёсткой фиксации между опорами и распределяет значительную нагрузку на ткани протезного ложа, являясь съёмным протезом.

3) совмещение использования мультиюнит-абатментов и более лёгких съёмных ортопедических конструкций.

Выводы. При зубном протезировании пациентов с частичной и полной вторичной адентией после аугментации костной ткани и дентальной имплантации часто приходится сталкиваться со следующими особенностями: выраженная клиническая высота будущей ортопедической конструкции, увеличенная и вне осевая нагрузка на имплантат и фиксирующий винт, что требует использования самых современных технологий: компьютерное моделирование шаблонов установки имплантатов, применение мультиюнит-абатментов в качестве опоры, использование съёмных или условно-съёмных конструкций.

Библиографический список:

1. Альярди Э. Имплантаты под наклоном. Протезирование с опорой на имплантаты при выраженной атрофии челюстей. – М., ООО «Азбука стоматолога», 2021. – 432 с.

2. Васильев А.В. Улитовский С.Б., Васильев Н.В., Шаронов И.В. Практические аспекты клинической дентальной имплантологии: Атлас-руководство. – СПб, Человек, 2010. – 200 с.

3. Галлуччи Г., Эванс К., Тамасеб А. Цифровые протоколы в имплантологии. ITI том 11. – М., ООО "Издательство "Квинтэссенция" – 2020. – 316 с.
4. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология: Основы теории и практики: Научно-практ. пособие. – Минск, ООО Юнипресс, 2002. - 368 с.
5. Block M.S. Color atlas of dental implant surgery. – St. Louis, Saunders, 2007. – 370 p.

Бурнашова Т.И., Скрипкина Г.И.

АВТОРСКАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ФГБОУ ВО Омский ГМУ Минздрава России, г. Омск

Аннотация: общеизвестно, что главное звено, осуществляющее профилактическую помощь среди детей – это школьная стоматология. На сегодняшний момент традиционная модель организации школьной стоматологической службы требует значительной модернизации ввиду преимущественной ориентации на санацию, а не на профилактику стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: кариес зубов, школьная стоматология, дети, кариес зубов, первичная профилактика.

Цель исследования. Разработать, а также провести оценку эффективности функционирования авторской профилактической модели школьной стоматологии.

Материал и методы. Было сформировано 3 группы наблюдения. Основная группа состояла из 22 человек-участников авторской модели, где единственным специалистом являлся гигиенист стоматологический, выполняющий комплекс профилактических мероприятий с частотой, определяющейся диспансерной группой наблюдения. Данный комплекс включал: контролируемую и профессиональную гигиену полости рта, нанесение препарата «Фторлюкс»; обучение гигиене полости рта, а также санитарно-просветительную работу со школьниками, родителями, педагогами. При необходимости санации гигиенист направлял школьников в профильные ЛПУ. Группа сравнения состояла из 124 человек-участников традиционной модели работы школьной стоматологии с врачом-стоматологом. Контрольная группа включала 45 человек, в данной группе профилактические мероприятия не проводились ни врачом, ни гигиенистом. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программного комплекса «Statistica 8.0» с использованием параметрических и непараметрических методов, а также кластерного анализа и многомерного шкалирования.

Результаты и их обсуждение. В результате работы Программы профилактики и авторской модели организации школьной стоматологии установлено: 1) снижение заболеваемости кариесом на 60% (достигнут низкий КПУ=1,3) в сравнении с традиционной моделью (прирост интенсивности кариеса за 12 месяцев составил 0,2); 2) нормализация минерального обмена в полости рта по результатам лабораторного анализа: увеличение буферной емкости (ускорение восстановления кислотно-щелочного равновесия), снижение общей концентрации кальция и фосфора (оптимизация реминерализующей способности ротовой жидкости), снижение показателя произведения растворимости; увеличение поверхностного натяжения до оптимального уровня. Данные были подтверждены результатами кластерного анализа и многомерного шкалирования: отмечено формирование устойчивых кластеров переменных гомеостаза в полости рта, что созвучно с ранее проведенными исследованиями. Подобные положительные изменения не были зарегистрированы у детей школ с классической моделью (с врачом-стоматологом), ни, тем более, в группе без какого-либо специалиста (контрольной).

Выводы. Решение проблемы высокой стоматологической заболеваемости у детского населения Омского региона возможно в условиях модернизации работы школьной стоматологии. Необходимы принципиально новые подходы к организации первичной профилактической помощи школьникам: введение гигиениста стоматологического в систему школьной стоматологической службы.

Библиографический список:

1. Кузьмина, Э. М. Гигиенист стоматологический / Э. М. Кузьмина. – Москва : АРТВЕЙ, 2005. – 285 с.
2. Леус, П. А. Эпидемиология кариеса зубов в странах СНГ / П. А. Леус // Обозрение стоматологии. – 2017. – № 3 (92). – С. 63-65.
3. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – Москва. «МедиаСфера» – 2000. – 312 с.

4. Скрипкина, Г. И. Диспансеризация как основной клинический подход к профилактике кариеса зубов у детей / Г. И. Скрипкина, А. Ж. Гарифуллина // Стоматология. – 2015. – Т. 94, № 5. – С. 64-66.

5. Скрипкина, Г. И. Роль клинической лабораторной диагностики в прогнозировании течения кариеса зубов у детей / Г. И. Скрипкина // Стоматология. – 2015. – Т. 94, № 5. – С. 61-63.

Горлачёва Т.В., Терехова Т.Н.

ПОТРЕБНОСТЬ В ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА МИНСКА

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Аннотация: С использованием индекса IOTN (Index of Orthodontic treatment Need) изучена потребность в ортодонтическом лечении у 130 детей: 65 школьников в возрасте 12 лет и 65 детей 15 – летнего возраста, обучающихся в средней школе № 9 города Минска. По данным зубного компонента индекса IOTN не нуждаются в ортодонтическом лечении 4,6% 12-летних и 7,7% 15-летних школьников. Низкая степень нуждаемости в ортодонтическом лечении имеется у 40,0% 12-летних и 44,6% 15-летних детей, средняя степень потребности – у 43,1% и 32,3% школьников, соответственно. Высокая нуждаемость в ортодонтическом лечении выявлена у 12,3% 12-летних и 15,4% 15-летних учащихся. По данным эстетического компонента индекса IOTN не нуждаются в ортодонтическом лечении или нуждаются в лёгком вмешательстве 98,5% 12-летних детей и 96,9% 15-летних.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, потребность в ортодонтическом лечении.

Введение. Для планирования ортодонтической помощи населению необходимо иметь информацию о распространенности и тяжести зубочелюстных аномалий у населения страны. По данным ряда авторов распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков Республики Беларусь в последние 10–15 лет варьировала в широких пределах – от 15,0 до 78,0 %.

Двенадцатилетний возраст можно отнести к периоду формирующегося постоянного прикуса, а пятнадцатилетний возраст, как правило, – к периоду сформированного постоянного прикуса. Ортодонтическое лечение в период сформированного постоянного прикуса проводят несъемной техникой, в то время как детям более раннего возраста государство обеспечивает бесплатную ортодонтическую помощь, в основном съёмными аппаратами. Поэтому

представляет интерес изучение потребности 12-летних и 15-летних детей в ортодонтическом лечении. Для определения этого параметра существуют различные индексы: IOTN, ICON (Index of Complexity, Outcome and Need), PAR (The Peer Assessment Rating) и др. Первый интересен тем, что имеет помимо зубного компонента, который определяет ортодонт, еще и эстетический компонент, при помощи которого сам пациент оценивает наличие и степень тяжести своей зубочелюстной аномалии. Эта субъективная информация пациента играет определенную роль, отражая его мотивацию к ортодонтическому лечению.

Цель работы. Определение потребности в ортодонтическом лечении 12- и 15-летних детей.

Материалы и методы. С использованием индекса IOTN изучена потребность в ортодонтическом лечении у 130 учащихся средней школы № 9 города Минска в возрасте 12 лет (65 человек) и 15 лет (65 человек). Для определения эстетического компонента индекса пациенту предлагали выбрать фотографию из 10 предложенных, иллюстрирующих степень привлекательности зубов, соответствующую внешнему виду его зубов. Фотографии 8 – 10 соответствуют высокой нуждаемости в лечении, 5 – 6 – средней, 1 – 4 – низкой или отсутствию необходимости в лечении (рис. 1).

Статистическая обработка цифрового материала проведена в программе Статистика 10, использованы методы описательной статистики, достоверность различий частоты изучаемых факторов определяли методами непараметрической статистики – с использованием критерия χ^2 . Проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Спирмена (ρ).

Результаты и обсуждение. В результате оценки зубного компонента индекса IOTN не выявлено статистически достоверных различий в группах 12-летних и 15-летних школьников ($p > 0,05$). Не нуждаются в ортодонтическом лечении (значение шкалы 1) 4,6% ($n=3$) 12 летних и 7,7% ($n=5$) 15-летних обследованных учащихся. Низкая степень потребности в ортодонтическом лечении (значение шкалы 2) установлена у 40,0% ($n=26$) 12-летних и 44,6% ($n=29$) 15-летних школьников, средняя степень потребности в ортодонтическом лечении (значение шкалы 3)

выявлена соответственно у 43,1% (n=28) и 32,3% (n=21). Высокая потребность в ортодонтическом лечении (значение шкалы 4, 5) выявлена у 12,3% (n=8) 12-летних и 15,4% (n = 10) 15-летних учащихся (рис. 2).

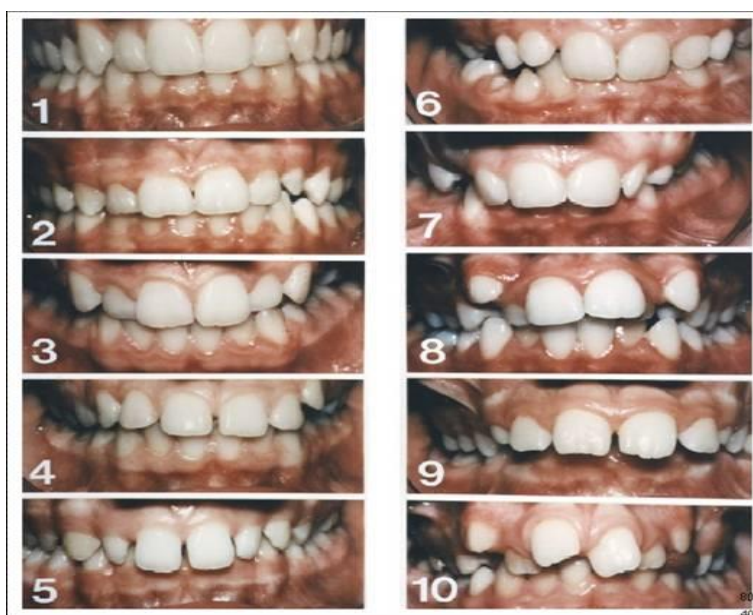


Рис. 1 Фотографии для определения эстетического компонента индекса IOTN.

По данным эстетического компонента индекса IOTN не выявлено статистически достоверных различий в изучаемых группах. Не нуждаются в ортодонтическом лечении или нуждаются в лёгком вмешательстве (фото 1 – 4) 98,5% (n=64) 12-летних и 96,9% (n = 63) 15-летних детей. Лишь по 1,5% (n=1) обследованных 12-летних и 15-летних детей считают, что у них существует средняя степень нуждаемости в ортодонтическом лечении (фото 5 – 7). По мнению 1,5% (n = 1) 15-летних детей у них имеется высокая потребность (фото 8 – 10) в ортодонтическом лечении (рис. 3).

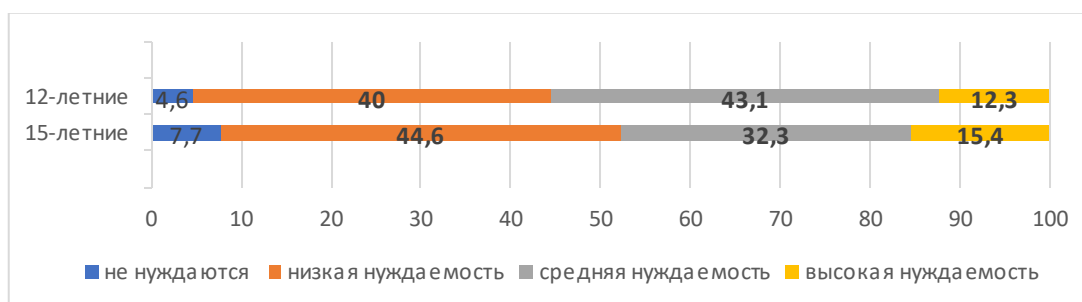


Рис. 2 Распределение школьников 12 и 15 лет в зависимости от значения зубного компонента индекса IOTN.

При изучении корреляции между зубным и эстетическим компонентами индекса IONT выявлена прямая средней силы статистически значимая корреляционная связь среди девочек 15 лет ($\rho = 0,43$; $p < 0,05$), мальчиков 12 лет ($\rho = 0,35$; $p < 0,05$). Не выявлена статистически значимая корреляционная связь указанных компонентов индекса у девочек группы 1 и мальчиков группы 2 ($p > 0,05$).

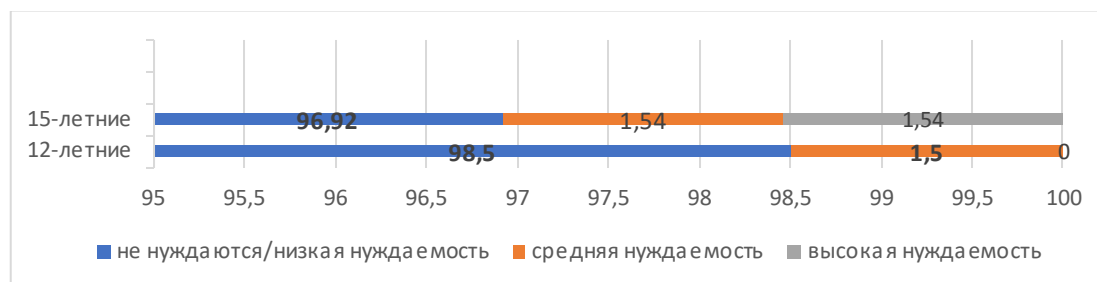


Рис. 3 Распределение школьников 12 и 15 лет в зависимости от значения эстетического компонента индекса IONT.

Выводы. 1. Не выявлено статистически достоверной разницы потребности в ортодонтическом лечении среди групп школьников 12 и 15 лет.

2. По данным дентального компонента индекса IONT нуждаются в ортодонтическом лечении 95,4% детей 12 лет и 92,3% 15-летних школьников.

3. Выявлена прямая средней силы статистически значимая корреляционная связь между дентальным и эстетическим компонентами индекса IONT среди девочек 15 лет ($\rho = 0,43$; $p < 0,05$), мальчиков 12 лет ($\rho = 0,35$; $p < 0,05$).

Библиографический список:

1. Терехова, Т.Н. Распространенность зубочелюстных аномалий у детского населения Республики Беларусь / Т.Н. Терехова, Е.И. Мельникова // Современная стоматология. – 2000. – №1. – С. 48-49.

2. Токаревич, И.В. Состояние и перспективы развития ортодонтической помощи в Республике Беларусь / И.В. Токаревич // Здоровоохранение. – 2000. – № 4. – С. 25 – 26.

3. Richmond S. Evaluating effective orthodontic care / S. Richmond. FIRST Numerics Ltd, Cardiff Medicentre United Kingdom, - 2014, 84 p.

4. Shaw WC, Rees G, Dawe M, Charles CR: The influence of dentofacial appearance on the social attractiveness of young adults, Am J Orthod 87:21-26, 1985.

5. Проффит, У. Современная ортодонтия : пер. с англ. / У. Ф. Проффит ; под ред. Л. С. Персина. Москва : МЕДпресс-информ, 2015. – 560 с.

Громова С.Н., Кайсина Т.Н., Гужавина Н.А., Кренева В.А.

ВЛИЯНИЕ ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ С ЭФИРНЫМИ МАСЛАМИ НА ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г.Киров

Аннотация: в данном исследовании проведен анализ влияния ополаскивателя с эфирными маслами на изменение гигиенического состояния полости рта. Известно, что ополаскиватель проникает в труднодоступные участки, например, контактные поверхности зубов. Данным исследованием пытались определить эффективность выбранного ополаскивателя, содержащего эфирные масла.

Ключевые слова: ополаскиватель для полости рта, гигиена полости рта, кислотно-минеральный баланс в полости рта.

Введение. Сегодня все больше внимания врачи стоматологи, гигиенисты и пациенты обращают внимание на индивидуальную гигиену полости рта. Пациенты помимо зубной пасты и щетки, стараются использовать зубные нити и ополаскиватели. Некоторые авторы утверждают, что ополаскиватели способствуют лучшему очищению и длительному сохранению чистоты зубов и ощущения свежести в полости рта.

Ополаскиватели для полости рта – это комплексные растворы, в состав которых входят различные компоненты, в зависимости от их целевого назначения. Ополаскиватели предотвращают или уменьшают образование зубного налета, уменьшают воспаления, обеспечивают свежесть дыхания. Так, одни ополаскиватели содержат комплексы растительных добавок – шалфея, ромашки, эвкалипта, обладающих противовоспалительными свойствами. Другие – содержат - хлоргексидин, который оказывает антисептическое действие. Ополаскиватели, содержащие фториды, оказывают кариеспрофилактическое действие. Дезодорирующий эффект обеспечивают компоненты на основе ментола и эвкалипта.

Важнейшим звеном патогенеза в развитии заболеваний полости рта, является нарушение кислотно-основного равновесия (КОР), обусловленного, чаще всего, нарушением экологического баланса между представителями паразитирующей микрофлоры зубного и язычного налета (Бадретдинова Г.Р., 1994; Румянцев В.А., 1999; Арутюнов С.Д., 2003). Объектом данного исследования послужили ополаскиватели для полости рта отечественного производства, содержащие в своем составе эфирные масла, не содержащие фтора.

Цель исследования. Выявить влияние ополаскивателя с эфирными маслами на изменение гигиенического состояния полости рта.

Материал и методы. В исследовании приняли участие студенты 3 курса стоматологического факультета Кировского ГМУ (средний возраст $21,80 \pm 0,81$ года). Осмотры проводились на 1-ый, 14-ый и 28-ый день исследования, утром до использования ополаскивателя. Общее микробное число (ОМЧ) – количественный показатель, количество мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных бактерий в 1 мл (КОЕ/мл).

Очищающий эффект ополаскивателя для полости рта оценивался при помощи следующих индексов:

- индекс Грина-Вермильона (ИГР-У);
- индекс РНР.

Статистическая обработка включает методы описательной и аналитической статистики с использованием программы Excel.

Результаты и обсуждение. Положительная динамика клинических показателей свидетельствует, в первую очередь, о регулярности гигиенических мероприятий. Очищающий эффект ополаскивателя без использования зубной щетки и пасты, согласно индексу ИГР-У, в первый день до и после использования составил всего 2%. На протяжении 28 дней по этому индексу ухудшилось с $0,45 \pm 0,08$ до $0,68 \pm 0,15$. Но если учитывать, что в течение первых 14 дней происходила адаптация микрофлоры полости рта к компонентам, то с 14 по 28 день антиплаковый эффект составил 42%. По данным индекса РНР очищающий эффект в первый день одномоментно составил 44%, а в течение месяца увеличился до 49%.

Этот индекс более точно показывает действие ополаскивателя. Антиплаковый эффект подтверждается и снижением на 56% общего микробного числа, снижение является статистически значимым ($p < 0,02$).

Выводы. Регулярное ежедневное использование студентами ополаскивателя полости рта, как дополнительного средства гигиенического ухода, содержащей в своем составе большое количество растительных экстрактов, благоприятно отразилось на состоянии здоровья полости рта в течение 28 дней. Об этом свидетельствует улучшение гигиенических индексов и подтверждается выраженному снижению общей обсемененности патогенных микроорганизмов.

Библиографический список.

1. Кузьмина Э.М. Применение антибактериальных ополаскивателей полости рта [Текст] / Кузьмина Э.М. // учебное пособие, М., -2012. -80 с.-
2. Громова С. Н. Регуляция микробного, кислотно-основного и минерального баланса в полости рта современными средствами гигиены : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / С. Н. Громова ; рук. работы В. А. Румянцев; ГОУ ВПО "Тверская гос.мед.акад".Минздравсоцразвития РФ. - Тверь: Тверск, 2011. - 17 с
3. Кузьмина Э.М. Ополаскиватели полости рта с хлоргексидином: эффективность и безопасность применения (обзор литературы) / Кузьмина Э.М., Лапатина А.В., Смирнова Т.А.// Dental Forum. 2014.-№ 2. С. 34-39.
4. Пчелинцева А.Е., Рекель О.В. Влияние ополаскивателя для полости рта "BIOMED VITAFRESH" на минерализующий потенциал слюны / Пчелинцева А.Е., Рекель О.В.// Scientist (Russia). 2019. № 3 (9). С. 23.
5. Леонтьев В.К. Эмаль зубов как биокibernетическая система [Текст] / В.К. Леонтьев.-М.:ГЭОТАР-Медиа,-2016.-72 с.
6. Улитовский, С.Б. Средства индивидуальной гигиены полости рта [Текст] / С.Б. Улитовский // Издательство «Человек». Санкт-Петербург - 2002. - 295с.
7. Улитовский С.Б. Ополаскиватели - широкая поступь по планете /Улитовский С.Б. //Институт стоматологии. 2008. № 4 (41). С. 92-94.

8. Мартусевич А.К., Ковалева Л.К., Фалалеева Е.А., Козлова Л.М.
Алгоритм оценки кристаллогенных свойств биологических и абиогенных жидкостей
В сборнике: Материалы XII международной научной конференции Под общ. ред.
В.П. Колосова. 2018. С. 24-28.

Гущин В.В., Воробьев М.В.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России г. Иваново

Аннотация: в России в старших возрастных группах возрастает доля отсутствующих зубов до 80-90%. Проведен анализ соматической патологии и стоматологического здоровья у 106 человек. При осмотре полости рта выявлена вторичная частичная или полная адентия у всех обследованных пациентов. В среднем на одного обследованного пациента приходится семь сохранившихся зубов.

Ключевые слова: пожилое население, стоматологическое здоровье, КПУ

Актуальность. По данным ВОЗ ежегодно увеличивается количество людей, достигших преклонного возраста. В России демографические преобразования проявляются особенно наглядно, в ее отдельных регионах доля лиц преклонного возраста доходит до 30%. В связи с увеличением пенсионного возраста в стране остро встает вопрос о необходимости сохранения и соответственно повышения качества жизни лиц преклонного возраста, что определяет геронтологическое направление современной медицины как приоритетное.

Цель исследования. Изучить показатели индекса КПУ у лиц старше трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Базой исследования выбран региональный геронтологический центр, находящийся в г. Иваново. В ходе проведенного стоматологического обследования было осмотрено 106 пациентов в течение 2016–2019 гг., проходивших лечение имеющейся у них накопленной соматической патологии. Из данных пациентов были сформированы следующие группы, возраст которых составил: 60–70 лет, 71–80 лет, 81–90 лет. Исследование включало опрос респондентов об их стоматологическом здоровье, осмотр полости рта, оценку его гигиенического состояния и ранее проведенного ортопедического лечения.

Результаты исследования. По гендерной принадлежности пациенты распределились следующим образом: мужчин – 47; женщин – 59. В ходе опроса установлено, что основной причиной утраты зубов послужило несвоевременное лечение кариеса и его осложнений (58,3%); болезни пародонта (32,2%). Анализ индекса КПУ показал, что среднее его значение равно 29,41 (91,92%) (табл. 1).

Табл. 1

Значение КПУ у пациентов по возрастным группам.

Признак	Возрастные группы					
	60-70 года		71-80 лет		81-90 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
К	1,48	4,62	0,36	1,13	0,31	0,97
Р	0,34	1,06	0,12	0,38	0,05	0,16
Х	1,26	3,94	0,84	2,62	0,23	2,91
П	4,72	14,75	2,63	8,22	1,89	3,72
У	19,10	59,69	26,12	81,62	28,78	89,93
КПУ	26,90	84,06	30,07	93,97	31,26	97,69

Прим.: К – зубы, пораженные кариесом; Р – зубы с осложненным кариозным поражением, подлежащие лечению; Х – зубы, подлежащие удалению; П – пломбированные зубы; У – удаленные зубы.

При анализе показателя КПУ установлены следующие данные: КПУ в возрасте 60-70 лет составил 26,90; от 71 до 80 лет 30,07; от 81 до 90 лет 31,26.

Таким образом, среднее количество зубов, сохранившихся у респондентов в возрастных группах, составили следующие значения: 11,64; 5,04; 2,99 зубов (табл. 2).

Табл. 2

Средние значения сохранности зубного ряда у респондентов (в абс.)

Признак		Возрастные группы			Среднее значение
		60-70 года	71-80 лет	81-90 лет	
Количество	интактных	5,1	1,93	0,74	2,59

зубов				
Всего количество сохранившихся зубов	11,64	5,04	2,99	6,56

Таким образом, проведенный анализ данных КПУ во всех возрастных группах говорит о ненадлежащем состоянии зубных рядов, так как по рекомендации ВОЗ для удовлетворительной функции жевания у человека должно быть не менее 20 зубов.

Выводы. В результате проведенного исследования выявлен низкий уровень стоматологического здоровья пациентов старше трудоспособного возраста и их большую потребность в стоматологической помощи как в профилактической, так и в терапевтической, хирургической и, безусловно, в большем объеме ортопедической для восстановления утраченной функции зубочелюстной системы вследствие потери зубов, что, несомненно, отразится на повышении качества их жизни.

Библиографический список:

1. Петрова Т.Г. Зверева Т.В., Бородина Н.Б., Покатова Е.Е. Стоматологический статус и показатели качества жизни у лиц пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. - 2017. - Т. 30. - № 3. – С. 390–393.
2. Рузуддинов С., Амираев У.А., Шаяхметова М.К. Стоматологический статус пожилых людей в республике Казахстан // Проблемы современной науки и образования. - 2016. - № 8 (50). – С. 154–157.
3. Меликян И.А., Ахмедов Г.Д., Фабрикант Е.Г. и др. Психологические особенности пожилых пациентов со стоматологическими заболеваниями // Живая психология. - 2017. - Т. 4. - № 3. – С. 255–264.

Данилова М.А., Залазаева Е.А.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ИМЕЮЩИМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ И РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ, С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь

Аннотация: важной современной медико-социальной проблемой является детская инвалидность, представляющая одну из важнейших характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны. Цель исследования. Разработать и внедрить систему ранней комплексной реабилитационной помощи, с позиций международной классификации функционирования, для минимизации отклонений в развитии детей с церебральным параличом, имеющих зубочелюстные и речевые нарушения. Материал и методы. Когорта пациентов представлена 120 детьми-инвалидами с двигательными нарушениями, имеющими зубочелюстные и речевые дефекты. Результаты. Получены данные о частоте и структуре речевых нарушений у детей с моторными нарушениями, а также результаты применения усовершенствованных реабилитационных комплексов. Вывод. Показано, что усовершенствованные подходы к реабилитации детей с двигательными нарушениями, имеющих зубочелюстные и речевые нарушения, учитывающие основные положения международной классификации функционирования, дают положительный результат.

Ключевые слова: Детский церебральный паралич, зубочелюстные аномалии, псевдобульбарная дизартрия, анартрия, международная классификация функционирования.

Актуальность проблемы. Особенность патологии речи у детей с церебральным параличом (ДЦП) заключается в патогенетической общности двигательных и речевых нарушений, что находит свое выражение во взаимосвязи между формированием речи и общей моторики. Применение международной классификации функционирования (МКФ) позволяет объективно оценить

эффективность проводимых мероприятий и определить прогноз восстановления нарушенных функций.

Цель исследования. Разработать и внедрить систему ранней комплексной реабилитационной помощи, с позиций международной классификации функционирования, для минимизации отклонений в развитии детей с церебральным параличом, имеющих зубочелюстные и речевые нарушения.

Материал и методы. Когорта пациентов, вошедших в исследование, представлена 120 детьми-инвалидами с двигательными нарушениями в виде ДЦП, имеющими зубочелюстные и речевые дефекты. Средний возраст пациентов составил $8,7 \text{ лет} \pm 1,2 \text{ года}$. Дизайн исследования предусматривал комплексное клиническое обследование пациентов в начале и в конце курса реабилитации, предусматривающего коррекцию зубочелюстных аномалий (ЗЧА) с применением усовершенствованного комплекса лечебнопрофилактических стоматологических мероприятий с участием специалистов междисциплинарной бригады, и составляющего 21 день. Для оценки эффективности проведенного восстановительного лечения применяли МКФ, для оценки структур и функций челюстно-лицевой области (ЧЛО) и определения процента выраженности нарушений использовали международные стандартизированные оценочные и реабилитационные шкалы.

Результаты и обсуждение. Нарушение речевого развития в виде псевдобульбарной дизартрии и анартрии выявлено у 82 (68,3%) человек, речевое развитие соответствовало возрасту – у 38 (31,7%) ($p < 0,01$).

Через 6 месяцев наблюдения при качественном и своевременном выполнении рекомендаций 101 ребенок (84,2%, $p < 0,01$) достиг положительных результатов, в виде уменьшения сагиттальной щели во фронтальном отделе в среднем до 3,0 мм за счет роста челюстей в сагиттальном направлении, стремлении устанавливать нижнюю челюсть и язык в физиологически правильном положении, постепенном восстановлении миодинамического равновесия мышц ротовой области. 19 (15,8%, $p < 0,01$) детей не показали положительной динамики, что можно объяснить тяжестью речевого дефекта, сочетающегося с интеллектуальными нарушениями.

При оценке эффективности реабилитации на основе МКФ, выявлено улучшение функций, связанных с движением на 11,1% (степень нарушения до лечения - 92,3%, после - 81,2%, $p < 0,005$), функций голоса и речи – на 26,6% (до – 53,1%, после 26,5%, $p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, комплексный подход к профилактике и лечению зубочелюстных и речевых нарушений у детей с ДЦП с привлечением специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды имеет положительный результат и должен проводиться непрерывно, начиная с раннего возраста, до максимально достижимого уровня коррекции утраченных функций. Реализация основных положений МКФ позволяет получить интегральную оценку состояния пациента в процессе реабилитации и может быть использована для оценки потребностей пациентов, объема проводимых реабилитационных мер и сравнительного анализа эффективности оказания реабилитационной помощи, в том числе и стоматологической.

Библиографический список:

1. Данилова М.А. Взаимосвязь состояния окклюзии и речевой функции у детей со спастическими формами церебрального паралича / М.А. Данилова, В.А. Бронников, Е.А. Залазаева // Ортодонтия. – 2012. - №4 (60). – С. 4-7.
2. Данилова М.А. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области у детей с церебральным параличом / М.А. Данилова, В.А. Бронников, Е.А. Залазаева // Пермский медицинский журнал. – 2018 - №2 (35). – С. 26-31.
3. Rosenbaum P.L. A report: the definition and classification of cerebral paralysis / P.L. Rosenbaum, N. Paneth, A. Leviton, et al. // Developmental Medicine and Child Neurology. – 2007 – №49 (109). – P. 8-14.

Дробышев А.Ю., Скакунов Я.И., Редько Н.А.

ЗАКРЫТИЕ ПЕРФОРАЦИИ МЕМБРАНЫ ШНАЙДЕРА ПРИ ПОМОЩИ ЭМАЛЬМАТРИЧНЫХ ПРОТЕИНОВ ПРИ ОТКРЫТОМ СИНУС-ЛИФТИНГЕ

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Актуальность: одной из проблем, с которой сталкиваются стоматологи при планировании рационального протезирования с опорой на дентальные имплантаты, является недостаточный объем костной ткани. Золотым стандартом увеличения объема костной ткани по высоте в дистальном отделе верхней челюсти является открытый синус-лифтинг. При выполнении данной манипуляции частым интраоперационным осложнением является перфорация мембраны Шнайдера.

Ключевые слова: синус-лифтинг, недостаточный объем костной ткани, перфорация мембраны Шнайдера, эмальматричные протеины, дентальный имплантат.

Краткое введение. При выполнении операции открытый синус-лифтинг для последующей дентальной имплантации часто сталкиваются с наличием дефектов слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи (мембраны Шнайдера) в виде её перфорации. Необходимость устранения указанных дефектов сопряжена с риском погрешности введения и позиционирования костно-пластического материала в области дна верхнечелюстной пазухи, развития его дислокации и, как следствие, длительные сроки интеграции имплантированного материала, развитие воспалительных осложнений верхнечелюстной пазухи.

Цель исследования. Проанализировать интраоперационные осложнения в виде перфорации шнайдеровской мембраны, изучить эффективность закрытия перфорации шнайдеровской мембраны при проведении открытого синус-лифтинга, во избежание увеличения сроков операции и ее отмены посредством анализа клинических случаев применения конвертной методики в КЦ ЧЛПХ и С МГМСУ им. А.И. Евдокимова по следующим параметрам: течение послеоперационного периода, рентгенологический контроль, первичная стабильность дентальных имплантатов.

Материал и методы. В рамках клинического исследования было прооперировано 54 пациента без сопутствующих заболеваний. Всем пациентам проводилось увеличение объема костной ткани в дистальном отделе верхней челюсти справа и слева по высоте посредством открытого синус-лифтинга в предимплантационном периоде. У 54 пациентов было проанализировано 54 левые пазухи и 54 правые пазухи, интраоперационно было отмечено 22 осложнения (перфорация Шнайдеровской мембраны размером 15 мм на 22 мм). Для закрытия такой перфорации мембраны Шнайдера использовали “конвертную методику с применением эмальматричных протеинов”, разработанную на кафедре ЧЛ и ПХ. Методика заключается в том, что резорбируемую коллагеновую мембрану (Jason 30x40 мм, Botiss, Германия), складывают вдвое в форме прямоугольника и по периметру с двух сторон вручную ушивают резорбируемым шовным материалом Novosyn 4/0. Одна сторона конверта остается открытой. Полученный таким образом конверт заполняют приготовленным конгломератом из материала Emdogain (Straumann, Швейцария) + Cerabone (Botiss, Германия). Масса трансплантата составляет около 5 грамм, а объем примерно равен 1,5 см³ и зависит от конфигурации и размеров дефектов слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи и пространства, образованного в результате отслаивания мембраны Шнайдера в области дна пазухи.

Результаты и обсуждение. После оперативного вмешательства всем пациентам проводился контрольный снимок КТ для визуализации правильного расположения имплантированного материала в верхнечелюстной пазухе. Через 6 и 9 месяцев пациентам проводилось повторное КЛКТ. По данным контрольных исследований у всех обследованных пациентов не наблюдалось миграции имплантированного материала, признаков воспаления верхнечелюстной пазухи, объем имплантационного материала не изменился. Через 9 месяцев всем пациентам были установлены дентальные имплантаты. Пациенты, у которых наблюдалось интраоперационное осложнение в виде перфорации мембраны Шнайдера первичная стабильность дентального имплантата была ниже, чем у пациентов без перфорации, 30 Н\см и 45 Н\см соответственно. Из полученных

данных можно прийти к выводу о том, что в верхнечелюстной пазухе, где была перфорация образовался менее плотный регенерат. При установке дентальных имплантатов нами был произведен забор 20-ти биоптатов (10 из левой пазухи, где была проведена конвертная методика, и 10 из правой пазухи, где не было перфорации) для гистологического исследования с целью изучения качества новообразованной костной ткани.

Выводы. Исходя из полученных данных, в ходе нашего исследования на кафедре челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, определяется положительный эффект закрытия больших перфораций мембраны Шнайдера при открытом синус-лифтинге при помощи конвертной методики, что является благоприятным условием при планировании ортопедического лечения с опорой на дентальные имплантаты. При возникновении перфорации мембраны Шнайдера следует применять “конвертную методику” с целью ее закрытия, однако мы рекомендуем проводить установку дентальных имплантатов в данной области не раньше, чем через 9 – 12 месяцев.

Библиографический список:

1. Дробышев А. Ю., Янушевич О. О. Челюстно-лицевая хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 880 с.
2. Дробышев А.Ю. “Экспериментальное обоснование и практическое применение отечественных биокомпозиционных материалов при костно-восстановительных операциях на челюстях”: дисс. докт. мед. наук. М. 2001.

Дробышев А.Ю., Ваулина Д.С., Редько Н.А.

ОЦЕНКА ТОЧНОСТИ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕРЕОЛИТОГРАФИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШАБЛОНОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ ПО РАЗЛИЧНЫМ ОПТИЧЕСКИМ МОДЕЛЯМ

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Актуальность: отсутствие зубов является одним из самых распространенных заболеваний в мире. В последние десятилетия стандартом реабилитации пациентов с адентией является дентальная имплантация. Несмотря на то, что операция дентальной имплантации широко распространена, часто встречаются ошибки при позиционировании имплантатов. Сегодня врач может спроектировать ортопедическую конструкцию и позицию имплантата относительно состояния костной ткани и планируемой реставрации по данным компьютерной томографии и оптических моделей челюстей. Реализовать воспроизведение виртуального проекта в операционном поле позволяют хирургические шаблоны для дентальной имплантации.

Ключевые слова: отсутствие зубов, хирургические шаблоны для дентальной имплантации, интраоральное сканирование, оптическая модель, гипсовые модели, лабораторное сканирование.

Краткое введение. Одними из самых широко используемых шаблонов являются хирургические шаблоны, изготовленные методом стереолитографии. Для проведения планирования оперативного лечения и изготовления хирургических шаблонов необходимо иметь данные конусно-лучевой томографии и виртуальную модель зубных рядов, получаемую методом интраорального сканирования или же путем лабораторного сканирования гипсовой модели. Для объективной оценки качества реабилитации пациентов с отсутствием зубов необходимо проводить расчеты точности позиционирования дентальных имплантатов после их установки.

Цель исследования. Оценить точность позиционирования имплантатов при использовании стереолитографических шаблонов, изготовленных по данным видам

виртуальных моделей зубных рядов методов, у пациентов с частичным отсутствием зубов.

Материал и методы. Была произведена установка 82 дентальных имплантатов с использованием стереолитографических шаблонов для пилотной остеотомии. Пациенты были разделены на две группы по способу получения оптического оттиска. В первую группу включены пациенты, которым поведено внутриротовое сканирование зубных рядов, вторую группу составили пациенты, которым первым этапом были изготовлены гипсовые модели, после чего проведено их лабораторное сканирование. Планирование оперативного лечения и изготовление хирургических шаблонов проводилось в специализированном программном обеспечении по данным компьютерной томографии и оптической модели зубных рядов. На основании данных планирования и послеоперационной компьютерной томографии проведено сравнение оптимального и фактического положения имплантатов в программном обеспечении. Были измерены осевое отклонение, отклонение верхушки и в области шейки имплантата.

Результаты и обсуждение. При оценке точности позиционирования имплантатов с использованием хирургических шаблонов для пилотной остеотомии, изготовленных методом стереолитографии, были получены следующие данные: величина среднего осевого отклонения составила $5.06 \pm 2.9^\circ$, отклонения в области верхушки (1.40 ± 0.80 мм) и шейки имплантатов (1.75 ± 1.05 мм) являлась клинически приемлемой. Таким образом изготовление гипсовых моделей с последующим лабораторным сканированием и внутриротовое сканирование позволяют достичь удовлетворительных результатов. При этом определяется более точное позиционирование дентальных имплантатов у пациентов, которым планирование проводилось по скану гипсовых моделей: величина среднего осевого отклонения составила $4.6 \pm 3.7^\circ$, отклонения в области верхушки (0.39 ± 0.51 мм) и шейки имплантатов (0.65 ± 0.31 мм). Результаты измерений точности позиционирования имплантатов по данным внутриротового скана составили: величина среднего осевого отклонения составила $3.51 \pm 3.7^\circ$, отклонения в области верхушки (1.15 ± 0.75 мм) и шейки имплантатов ($0.96 \pm$

0.62мм). В сложных клинических случаях (состояние после резекции челюстей, удаления новообразований, реконструктивно-восстановительных операций, дефекты альвеолярных отростков челюстей, рубцовые изменения слизистой оболочки после ранее проведенных операций) определяются дефекты оптических моделей, полученных путем интраорального сканирования не позволяющие проводить планирование оперативного лечения. В связи с этим выявлены показания для выбора того или иного метода предоперационного обследования. При включенных дефектах зубных рядов рекомендовано проведение внутриротового сканирования. При концевых дефектах зубных рядов, а также у пациентов с включенными дефектами, имеющих дефицит прикрепленной слизистой оболочки или значительными деформациями альвеолярных отростков показано изготовление гипсовой модели с последующим лабораторным сканированием.

Выводы. При проведении планирования дентальной имплантации с применением хирургических шаблонов у пациентов с частичным вторичным отсутствием зубов на этапе получения оптической модели зубных рядов необходимо учитывать вид дефекта зубного ряда, конфигурацию альвеолярного отростка и объем слизистой оболочки.

Библиографический список:

1. Дробышев А. Ю., Янушевич О. О. Челюстно-лицевая хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 880 с.
2. Розов Р.А., Трезубов В.Н., Шалагинова А.В., Кусевичкий Л.Я. Сравнительная оценка *in vitro* точности стоматологических сканеров открытого типа при получении модели зубного ряда. Пародонтология. 2020;25(3):231-236.

Дробышев А.Ю., Мелиев Д.И., Редько Н.А,

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВОМ.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

Аннотация: анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) — это патологическое состояние, при котором происходит сведение челюстей, характеризующееся значительным ограничением или полным отсутствием движений в ВНЧС. Связано это со стойкими фиброзными или костными сращениями суставной головкой мыщелкового отростка с суставной впадиной височной кости, довольно часто и окружающих, сочленение, тканей. Это тяжелое физическое и психологическое состояние пациента, которое ограничивает пациента в актах жевания, речи, гигиены полости рта и нормальной жизнедеятельности. Заболевание развивается в основном в детском и юношеском возрасте. Причинами его могут быть травма, длительно текущие воспалительные и дистрофические заболевания ВНЧС (артрит, остеоартроз, идиопатическая мыщелковая резорбция).

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС), анкилоз, эндопротезирование, высокомолекулярный полиэтилен.

Введение. Диагноз «анкилоз ВНЧС» ставится на основании клинического обследования и данных дополнительных методов исследований (компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)). Целью лечения анкилоза ВНЧС является уменьшение боли и достижение оптимальных функциональных и эстетических результатов, а именно улучшение функции открывания рта, жевания, речи, гигиены полости рта, исправление деформации лица.

Цель работы. Анализ эффективности проведения эндопротезирования суставной впадины височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с анкилозом ВНЧС.

Материалы и методы. В Клиническом центре Челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии Клиники МГМСУ имени А.И. Евдокимова на кафедре челюстно-лицевой и пластической хирургии, в период с 2018 по 2020 гг. 18 пациентам с анкилозом ВНЧС было произведено эндопротезирование суставной впадины височной кости с помощью эндопротезов из высокомолекулярного полиэтилена и титана. 18 пациентов были разделены на две группы возраста 18-45 лет. Пациентам из 1 группы произведено эндопротезирование суставной впадины височной кости с обеих сторон с использованием индивидуально изготовленных эндопротезов суставной впадины из титана. Пациентам из 2 группы произведено эндопротезирование суставной впадины височной кости с одной стороны с использованием индивидуально изготовленных эндопротезов суставной впадины из высокомолекулярного полиэтилена. Согласно данным клинического обследования среднее значение объема открывания рта до проведения оперативного лечения составило 4-7 мм. Свести к минимуму процент осложнений при проведении эндопротезирования суставной впадины и для достижения оптимальных функциональных и эстетических результатов, требуется проведение комплексного предоперационного цифрового планирования персонализированных эндопротезов суставной впадины из высокомолекулярного полиэтилена и/или титана. Каждому пациенту были проведены мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Данные МСКТ были использованы в специализированном программном обеспечении для дальнейшего изготовления персонализированных эндопротезов суставной впадины. Важно уделять особое внимание точности изготовления суставной впадины, так как в ряде случаев, эндопротез суставной ямки обрастает соединительной тканью, что приводит к её микроподвижности. По данным проведённого предоперационного планирования, для каждого пациента, был изготовлен персонализированный эндопротез суставной впадины. Оперативное лечение заключалось в проведении предущного доступа. Раскрытие патологической области. Визуализации, остеотомии и извлечения костного конгломерата. Ревизия образовавшегося дефекта и

нивелирование острых краев мышечного отростка. Проводился интраоперационный контроль открывание рта. Создание ложа под эндопротез суставной впадины с его дальнейшей фиксацией. Оперативное лечение проходило без особенностей и осложнений.

Результаты и обсуждение. В первые сутки после оперативного лечения была проведена мультиспиральная компьютерная томография, для наиболее объективной оценки правильного положения установленных эндопротезов суставных впадин височной кости. Стоит отметить, что при проведении рентгенологических исследованиях, эндопротезы суставных впадин из высокомолекулярного полиэтилена не визуализируются, и объективно оценить положение эндопротеза суставной впадины из высокомолекулярного полиэтилена не предоставляется возможность. Послеоперационный период у пациентов из обеих групп протекал гладко, без воспалительных осложнений. Проводилась антибактериальная, противовоспалительная и обезболивающая терапия. На 3 сутки всем пациентам назначался курс механотерапии с использованием аппарата "Therabite" для разработки открывания рта в полном объеме. В раннем послеоперационном периоде среднее значение объема открывания рта у пациентов составил 31,3-35 мм. Пациенты были выписаны на 6-7 сутки. В 6, 12 месяцев проводилась мультиспиральная компьютерная томография для проведения динамического контроля и оценки положения эндопротезов суставных впадин. В вышеуказанные временные промежутки среднее значение объема открывания рта у пациентов осталось неизменным 31,3-35,1 мм. Оценка результатов лечения проводилась на основании клинических и рентгенологических методов исследования до операции и через 6 месяцев после. При анализе компьютерной томографии после проведенного метода эндопротезирования у 1 группы пациентов определялось стабильное положение эндопротезов суставных впадин височной кости слева и справа. При анализе компьютерной томографии после проведенного метода эндопротезирования у 2 группы пациентов наиболее важными параметрами являлись внутрисуставные изменения ВНЧС с противоположной стороны. По данным МРТ-исследования у пациентов из 2 группы определялись

внутриуставные изменения ВНЧС с противоположной стороны в виде смещения суставного диска.

Выводы. Данное исследование показывает, что протокол лечения пациентов с анкилозом ВНЧС имеет высокую эффективность и позволяет достичь наиболее предсказуемого функционального и эстетического результата. Данный метод может применяться как основной хирургический этап в комплексном лечении внутренних нарушений ВНЧС разной степени выраженности.

Библиографический список:

1. Дробышев А.Ю., Янушевич О.О. Челюстно-лицевая хирургия. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
2. Кулаков Л.А., Робустова Т.Г., Неробеев Л.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
3. Wolford L.M., Factors to consider in joint prosthesis systems. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2006 Jul;19(3):232-8;
4. Temporomandibular Joint Total Joint Replacement – TMJ TJR Louis G. Mercuri Editor Foreword by Joshua J. Jacobs, M.D.

Дудник О.В., Мамедов А.А., Скакодуб А.А., Билле Д.С., Безносик А.Р., Чертихина А.С.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет), Кафедра Стоматологии детского возраста и Ортодонтии, г.Москва, Россия

Аннотация: в исследовании обсуждается проблема междисциплинарного взаимодействия педиатров, хирургов, ортодонтот, анестезиологов и оториноларингологов в комплексной реабилитации новорожденных с двусторонней расщелиной губы и неба (ДРГН). Целью исследования являлось повышение эффективности лечения новорожденных с двусторонней расщелиной губы и неба (ДРГН) за счет предварительной ортодонтической подготовки. Данные исследования наглядно подчеркивают, что проведение раннего предхирургического ортодонтического лечение с применением индивидуальных obturators позволяет нормализовать акт грудного вскармливания у новорожденных, что способствует проведению хирургического вмешательства. Междисциплинарное взаимодействие врачей позволяет провести комплексную диагностику и последующее лечение новорожденных с ДРГН. Разработка комплексного подхода в период новорожденности позволяет реализовать специалистам грамотное обоснованное поэтапное лечение от момента рождения до 18 лет.

Ключевые слова: двусторонняя расщелина губы и неба, хейлопластика, педиатрия, кормление, ортодонтия, obturator.

Введение. По результатам мониторинга в 2019 году, среди всех врожденных пороков развития врожденная расщелина губы и неба составила 15,4% и заняла первое место среди других пороков развития. Главной задачей, стоящей перед специалистами, является восстановление функциональной целостности челюстно-лицевой области и достижение эстетического результата. Для этого требуется комплексная программа реабилитации детей с врожденными пороками и

аномалиями развития черепно-челюстно-лицевой области, включающая в себя междисциплинарный подход врачей.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения новорожденных с двусторонней расщелиной губы и неба с дефицитом массы тела за счет предварительной ортодонтической подготовки.

Материалы и методы. При выполнении исследования было обследовано 53 новорожденных с диагнозом - двухсторонняя расщелина губы и неба. Из них 32 пациента были включены в лечебную группу и разделены на две группы. Первая группа - 16 младенцев, кормление которым осуществлялось при помощи анатомической соски. Вторая группа пациентов (16 человек), проходили предхирургическую ортодонтическую подготовку на индивидуальных obturаторах, что давало возможность проводить грудное вскармливание. Междисциплинарный подход включал в себя консультацию неонатолога, педиатра, хирурга, ортодонта, анестезиолога и оториноларинголога. После комплексного обследования и заключения консилиума специалистов у всех 32 пациентов с ДРГН была выявлена необходимость первичной хейлопластики с предварительной подготовкой. После достижения младенцами необходимого веса, пациентам обеих групп была проведена первичная хейлопластика по методу Адиля Аскеровича Мамедова.

Результаты и обсуждение. Результаты данного исследования продемонстрировали необходимость проведения комплексной междисциплинарной диагностики и последующей беседы педиатров, хирургов, ортодентов и врачей смежных специальностей с родителями новорожденных детей с данной патологией. Данные проведенного исследования показали, что у всех 32 детей (100%) после рождения отмечался резкий дефицит веса, не позволяющий провести общий наркоз для оказания первичного хирургического вмешательства. Клинические и биометрические данные пациентов первой группы, кормление которых осуществлялось с помощью анатомических сосок, продемонстрировали, что в 87,5% случаев (14 пациентов) не удавалось наладить полноценное кормление. И, только у 2 (12,5%) новорожденных первой группы удалось быстро и

эффективно наладить питание и вес. Данные пациентов второй группы, которым были изготовлены индивидуальные ортодонтические obturators, показали, что у всех 16 (100%) новорожденных удалось наладить кормление. Следует отметить, что у 15 (93,75%) пациентов осуществлялось полноценное грудное вскармливание, у 1 новорожденного - искусственное вскармливание с использованием бутылочки с анатомической соской, вследствие отсутствия молока у матери.

Выводы. Таким образом, междисциплинарное взаимодействие врачей позволяет провести комплексную диагностику, консультирование и последующее лечение новорожденных с ДРГН. Данные исследования наглядно подчеркивают, что проведение раннего предхирургического ортодонтического лечения с применением индивидуальных obturators позволяет нормализовать акт грудного вскармливания у новорожденных, что способствует проведению хирургического вмешательства.

Библиографический список:

1. Арсенина О.И., Малашенкова Е.И., Пащенко С.А. Алгоритм ортодонтического лечения пациентов с врожденной расщелиной губы, неба и альвеолярного отростка до и после костной аутопластики // *Стоматология* 5, 2017, - С. 62-65.
2. Гричанюк Д.А., Чуйкин С.В., Давлетшин Н.А. Хирургическое лечение врожденной расщелины верхней губы у детей // *Проблемы стоматологии.* – 2018 – Т.14 - № 1 – С. 99-105.
3. Мамедов Ад.А., Супиев Т.К., Негаметзянов Н.Г. Врожденная расщелина верхней губы и неба. Алматы, 2013. С.100-105.
4. Mamedov Ad. A., MacLennan A.B., Mazurina L.A., Surgical treatment of children with cleft lip and palate in newborn period, Transactions of 10th World Cleft Lip and Palate Congress (ICPF) Diagnosis, Prevention, Genetics and Mamegement of Cleft and Craniofacial Deformities. Current Techniques, research and Future directions, 24-28 October, 2016; Chenna, India – p.117.

Дудник О.В., Мамедов Ад.А.

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет), г. Москва

Аннотация: целью исследования являлось разработать концепцию междисциплинарной диагностики и лечения детей с расщелиной губы и нёба в различные возрастные периоды, за счет применения веб-приложения, позволяющего определить тактику лечения данных пациентов. На основании клинических и научных наблюдений в вопросах диагностики и лечения пациентов с расщелиной губы и неба, разработано веб-приложение «ADI» (Application of Digital Imaging), которое позволяет стоматологам и врачам смежных специальностей, а также обучающимся высших учебных заведений онлайн получить структурированную информацию об этапах проведения необходимых методов междисциплинарной диагностики и лечения всех видов патологий расщелин губы и неба у детей в различные возрастные периоды.

Ключевые слова: информационные технологии, расщелина губы и неба, ортодонтическое лечение, хирургическое лечение.

Введение. Одним из приоритетных направлений отечественной медицины в настоящее время является информатизация (компьютеризация) здравоохранения страны на всех уровнях. Современный компьютер предоставляет врачам ряд качественно новых технических возможностей в формировании материала, регистрации, обработке, архивировании, анализе и отображении полезной информации.

Наиболее перспективной представляется задача использования средств информационно-компьютерной поддержки в комплексной системе диагностического обследования пациентов с расщелиной губы и нёба (РГН) для последующей ее интеграции в комплекс реабилитационных мероприятий,

включающей участие специалистов различного профиля (психолог, педагог, педиатр, хирург, ортодонт, логопед и др.). Это дает возможность междисциплинарного структурного поэтапного подхода к методам диагностики и планированию лечения, следовательно, повышает эффективность реабилитации пациентов с данной врожденной патологией в условиях специализированного центра.

Цель исследования. Разработать концепцию междисциплинарной диагностики и лечения детей с расщелиной губы и нёба в различные возрастные периоды, за счет применения веб-приложения, позволяющего определить тактику лечения данных пациентов.

Материал и методы. На кафедре стоматологии детского возраста Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, а также в отделении челюстно-лицевой хирургии 9 ДГКБ им. Н.Г. Сперанского ДЗМ проведена комплексная диагностика и лечение 288 детей от 0-18 лет с различными формами РГН. На основании клинических и научных наблюдений, предложена «Междисциплинарная база знаний диагностики и лечения детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области», преобразованная в веб-приложение «ADI» (Application of Digital Imaging).

Результаты и обсуждение. На основании предложенной базы «Междисциплинарная база знаний диагностики и лечения детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области», разработано веб-приложение «ADI» (рис. 1 a,b,c), позволяющее стоматологам, врачам смежных специальностей, а также обучающимся высших учебных заведений онлайн определить тактику междисциплинарной диагностики, анализа и лечения детей с РГН в различные возрастные периоды.

Классификация РГН осуществлена по виду патологии, для наглядности каждой патологии соответствует изображение. После нажатия на изображение патологии появляется окно выбора возраста пациента. Далее пользователь выбирает нужный возраст и получает справку по выбранной патологии.

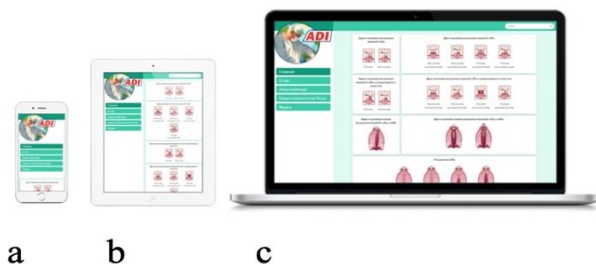


Рис. 1. Изображение главной страницы веб-приложения «ADI» на смартфоне (a), планшете (b) и стационарном компьютере (c).

Справка содержит диагностику, динамическое наблюдение и план лечения, показанную на конкретном клиническом случае. Нажимая на заголовок или на кнопку «Подробнее», врачи получают полную информацию по проведению необходимых методов междисциплинарной диагностики и лечения выбранной патологии и возраста пациента.

Выводы. Таким образом, разработанная цифровая программа «ADI» позволяет стоматологам и врачам смежных специальностей онлайн получить структурированную информацию об этапах проведения необходимых методов междисциплинарной диагностики и лечения всех видов патологий РГН у детей в различные возрастные периоды.

Библиографический список:

1. Гусев А.В., Зарубина Т.В. Поддержка принятия врачебных решений в медицинских информационных системах медицинской организации // Врач и информационные технологии. –2017.–№2.–С.60–72.
2. Бельшев Д.В., Гулиев Я.И., Михеев А.Е. Цифровая экосистема медицинской помощи // Врач и информационные технологии. –2018.–№5.–С.4–17.

Еловикова Т.М., Кощев А.С.

ОЦЕНИВАНИЕ МАРКЕРОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, Екатеринбург,
ФГАОУ ВО Уральский федеральный университет, г. Екатеринбург

Аннотация: в работе представлено оценивание маркеров стоматологического здоровья больных сахарным диабетом II типа: статистически достоверно выражены: пародонтит, плохой уровень гигиены, нарушение вкусового восприятия и ксеростомия.

Ключевые слова: маркеры стоматологического здоровья, сахарный диабет, пародонтит, вкусовое восприятие, ксеростомия.

Краткое введение. Внедрение маркеров (М) в клиническую практику – одна из главных тенденций современности. Стандартизировано определение биологических М как характеристики, которую можно измерить в организме, которая может служить индикатором физиологических и патологических процессов, и для прогнозирования болезни. Оценивание М стоматологического здоровья (СЗ) больных сахарным диабетом (СД) II типа – актуальная задача, поскольку СД часто диагностируется при случайном обследовании или наличии осложнений, а происходящие метаболические нарушения существенно влияют на состояние органов полости рта, особенно тканей пародонта.

Цель исследования. Провести оценивание М СЗ у больных пародонтитом и СД II типа.

Материалы и методы исследования. Оценивание М СЗ больных СД II типа проведено на кафедре терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний УГМУ Минздрава России и на кафедре моделирования управляемых систем УрФУ по ряду параметров. Изучены истории болезней 60 пациентов (средний возраст составил 60 лет), обследованных нами ранее. Основная группа (первая) - 30 пациентов с СД II типа; группа сравнения (вторая) – 30 человек без СД, сопоставимых по полу и возрасту. Параметры исследования М: уровень гигиены полости рта (индекс гигиены, ИГ по Green-

Vermillion), распространённость (в %) и интенсивность пародонтита (комплексный пародонтальный индекс - КПИ), значения сиалометрии (в течение 10 минут без стимуляции), степень ксеростомии, вкусовое восприятие с помощью метода пороговой густометрии (методом функциональной мобильности вкусовых сосочков языка). Статистическая обработка результатов проведена на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» и пакета прикладных программ EXCEL, 7.0. Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего ($M \pm m$). Для установления достоверности различий использовалось t-распределение Стьюдента. Различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. При оценивании М СЗ больных СД II типа выявлено, что средний уровень глюкозы в крови пациентов увеличен в 1,55 раза, по сравнению с показателями второй группы ($p < 0,05$). ИГ неудовлетворительный в основной группе – в 1,57 выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). У всех больных СД II типа диагностирован хронический пародонтит (100%). Интенсивность пародонтита – значения КПИ у больных СД II типа составили $3,97 \pm 1,10$ баллов, что в 1,9 раз выше показателя КПИ группы сравнения и соответствует высокой интенсивности пародонтальной деструкции (в группе сравнения значение соответствует пародонтиту легкой степени). При СД II типа, выявлено снижение уровня саливации – пациенты предъявляли жалобы на сухость в полости рта, усиливающуюся при ухудшении общего состояния. У больных основной группы порог вкусовой чувствительности выше, чем в группе сравнения: к горькому в 2,57 раза, к кислому – в 2,30 раз, к сладкому – в 2,74 раза, к солёному – в 5,7 раза ($p < 0,05$). Выявленные нарушения негативно влияют на состояние органов полости рта, особенно тканей пародонта и слюнных желез, свидетельствуют о нуждаемости больных СД II типа в стоматологической помощи.

Выводы.

1. Оценивание маркеров стоматологического здоровья больных сахарным диабетом II типа выявило их значимость и параметры, характеризующие наличие болезни, и коррелирующие с ее симптомами.

2. Адекватный выбор маркеров и их применение в практической деятельности врача-стоматолога позволяет повысить объективность оценки стоматологического здоровья у больных сахарным диабетом II типа.

3. Оценивание изученных маркеров СЗ больных СД II типа обеспечивает доказательный подход при анализе результатов – статистически достоверно выражены: тяжесть пародонтита, плохой уровень гигиены полости рта, нарушение секреции слюны и вкусовое восприятие в сравнении с пациентами, не имеющими нарушений углеводного обмена.

Библиографический список:

1. Бельтюкова И.А., Шабалина Д.С. Изменение вкусовой чувствительности у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа // Актуальные вопросы современной медицинской науки: Материалы II МНПК. - г. Екатеринбург.- 2017.-С.46-51.

2. Еловикова Т.М. Ультраструктура нервных волокон пародонта при экспериментальном диабете // В сборнике: Стоматология Большого Урала. Материалы Международного конгресса.-2017.-С.31-33.

3. Еловикова Т.М. Аспекты эндо-пародонтальных поражений у больных сахарным диабетом // В сборнике: Стоматология Большого Урала. Материалы Международного конгресса. - 2017.- С.36-38.

4. Еловикова Т. М., Ю. Р. Состояние органов полости рта и вкусового восприятия у больных сахарным диабетом II типа / // Стоматология Большого Урала: Материалы Международного конгресса.- 2017.-С. 33-36.

5. Зайцева Н. В., Землянова М. А., Чащин В. П., Гудков А. Б. Научные принципы применения биомаркеров в медико-экологических исследованиях (обзор литературы) // Экология человека. - 2019.- № 9.-С.4-14.

Ермишина Е.Ю., Еловикова Т.М., Кощев А.С.

ПАРАМЕТРЫ КИНЕТИКИ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ ПРОТИВ КУРЕНИЯ

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург,
ФГАОУ ВО Уральский федеральный университет, Екатеринбург

Аннотация: исследована зубная паста «Dentaswiss» против курения; выявлено, что компоненты аквакомплекс глицеросольвата титана и Omyadent позволяют формироваться реминерализующим кальцийсодержащим коллоидным частицам. Расчет коэффициентов диффузии и проницаемости через мембрану из ацетата целлюлозы позволил оценить проницаемость коллоидных частиц и параметры кинетики реминерализации эмали зубов новой зубной пасты.

Ключевые слова: кинетика, диффузия, аквакомплекс глицеросольвата титана, реминерализация эмали зубов, суспензия зубной пасты.

Краткое введение. Профессионального внимания стоматологов заслуживает новая лечебно-профилактическая зубная паста (ЗП) «DentaSwiss» Stop Smoking (DSSS), выпускаемая фабрикой «Свобода» (Москва) совместно с швейцарской компанией OMYA International AG. ЗП безопасна, в ее состав входят экстракты ряда растений, аквакомплекс глицеросольвата титана (АКГТ) и реминерализующий компонент Omyadent (частицы карбоната кальция в оболочке гидроксиапатита). АКГТ способствует образованию коллоидных частиц с инновационной проникающей способностью в ткани зуба и десны. Кинетика восполнения дефицита кальция при использовании данной ЗП может быть оценена количественно с помощью характеристик, описывающих процесс диффузии (D) через полупроницаемую мембрану из ацетата целлюлозы (МАЦ), по физико-химическим свойствам близкую к биологическим.

Цель исследования. Оценить кинетику процесса поступления кальцийсодержащих компонентов новой ЗП DSSS через МАЦ.

Материалы и методы исследования. Для моделирования процесса D через МАЦ в качестве раствора, имитирующего слюну, взят раствор хлорида кальция

(концентрация 2,5ммоль/л) и специальная установка с фильтром из МАЦ (Ø пор 0,45мкм). Образцы 2%-ной суспензии ЗП DSSS, диспергированные в растворе хлорида кальция, помещали во внешний сосуд установки для Д. После 20 часов работы установки титриметрическим методом определялось содержание ионов Ca^{2+} во внутреннем и внешнем сосуде. Расчет к Д - D (m^2/c) и к проницаемости Р (нм/с) через МАЦ (уравнению Коллендера-Бернульда) позволил оценить мембранную проницаемость и размеры коллоидных частиц ЗП DSSS (уравнение Стокса-Эйнштейна). Статистическая обработка проведена с использованием пакета прикладных программ EXCEL (2007). Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего ($M \pm m$). Для установления достоверности различий использовалось t-распределение Стьюдента. Различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В суспензии ЗП DSSS содержание свободных ионов Ca^{2+} не выявлено. Это свидетельствует об отсутствии ионов Ca^{2+} в ней и осуществлении реминерализации исключительно за счет неионизированного компонента Omyadent. Кинетика поступления содержащих Ca^{2+} компонентов в процессе реминерализации зубной эмали в значительной степени зависит от размеров коллоидных частиц. Рассчитанные размеры частиц ЗП составляют $2,07 \pm 0,17$ нм. Значение к Р для ЗП DSSS = 245 ± 72 нм/с, а к D = $10,61 \pm 0,85 \cdot 10^{-11} m^2/c$. Скорость Д ЗП DSSS составила $5,0 \pm 0,1$ пкг/с. Данная ЗП содержит и растительные экстракты солодки, мяты, аира, имбиря, рекомендованные в период отказа от курения. Это способствует комплексообразованию с кальцием. Таким образом, лимитирующей (определяющей) стадией процесса реминерализации зубной эмали для ЗП DSSS является Д, благодаря особой структуре, обширной площади поверхности функциональный карбонат кальция Omyadent и АКГТ способствуют эффективной реминерализации эмали зубов при использовании этой ЗП.

Выводы.

1. Рассчитаны коэффициенты проницаемости и D в МАЦ образцов 2%-ных суспензий, приготовленных с использованием раствора хлорида кальция с концентрацией 2,5 ммоль/л ЗП DSSS.

2. С помощью рассчитанной скорости D оценена кинетика проникновения АКГТ и Omyadent ЗП. Лимитирующей стадией является диффузия кальцийсодержащих компонентов через полупроницаемую мембрану; она протекает медленно, способствуя реминерализации эмали зубов.

Библиографический список:

1. Еловикова Т.М., Ермишина Е.Ю. Механизмы восстановительного действия новой лечебно-профилактической зубной пасты // Стоматология.- 016.- Т.95.-№ 5.-С.32-35.

2. Еловикова Т.М., Ермишина Е.Ю., Саблина С.Н. Клинико-лабораторное исследование физико-химических свойств новой зубной пасты с комплексом hyaluron-Ti forte // Проблемы стоматологии.-2020.-Т.-16.-№4.-С.46-50.

3. Еловикова Т.М., Ермишина Е.Ю. Решение проблемы повышенной чувствительности дентина: механизмы реминерализации при использовании зубной пасты с фторидом олова // Стоматология. -2019.-Т.98.-№5. -С.66-71.

4. Еловикова Т.М., Саблина С.Н., Григорьев С.С. Качественные и количественные характеристики фторидсодержащей зубной пасты с антисептическим эффектом // Материалы Международного конгресса "Стоматология Большого Урала". 2020. - с.46-48.

5. Рыбакова А.Е., Немец Е.А., Ермишина Е.Ю. Особенности кинетики восполнения дефицита кальция в процессе реминерализации зубной эмали при использовании новой зубной пасты против курения с аквакомплексом глицеросольвата титана // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы VI МНПК УГМУ.-Екатеринбург:Изд-во УГМУ, 2021.-Том2.-с.810-814.

Ерошенко Н.А., Митерев А.А., Дробышев А.Ю.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРЕННИМИ НАРУШЕНИЯМИ ВНЧС

ФГБУ ВО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность: одной из наиболее распространённых проблем в современной стоматологии является лечение пациентов с патологией ВНЧС. Это понятие охватывает множество различных состояний, сопровождающихся нарушением функции ВНЧС. Особую проблему представляют внутренние нарушения ВНЧС в виде дислокации суставного диска, что клинически у пациентов может проявляться в виде жалоб на болевые ощущения, ограничение открывания рта, суставные звуки (хруст, щелчки), так и протекать бессимптомно.

Хирургические вмешательства на суставе у пациентов с этой патологией рекомендованы при состояниях, не отвечающих на консервативные методы лечения. Основной процент всех хирургических манипуляций на ВНЧС составляют малоинвазивные вмешательства, в большинстве случаев не предполагающие восстановления положения суставного диска по отношению к головке мышечного отростка нижней челюсти, височной ямке и суставному бугорку.

На сегодняшний день, методом восстановления положения диска ВНЧС при его дислокациях является оперативное вмешательство – дископексия. Известные на сегодняшний день методики дископексии имеют свои сложности – высокие технические и мануальные требования, травматичность, риски осложнений, что указывает на необходимость оптимизации методов и материалов для лечения пациентов с внутренними нарушениями ВНЧС, связанные с дислокацией суставного диска.

Ключевые слова: ВНЧС, внутренние нарушения, дископексия, артроскопия ВНЧС, эндоскопия.

Цель исследования. Оценка размеров анатомических ориентиров с целью создания универсального шаблона для артроскопического вмешательства на ВНЧС.

Материалы и методы. В декабре 2020 г. в КЦ ЧЛиПХ были отобраны 54 пациента с жалобами на боли в области ВНЧС, ограничение открывания рта, суставные звуки – щелчки, хруст. Выборка включала 10 мужчин и 44 женщин. Возраст пациентов составил от 18 до 75 лет. Был произведен анализ результатов КТ черепа и МРТ ВНЧС этих пациентов. Выполнены следующие измерения: расстояние от апикальной точки головки мышцелкового отростка до максимально близкой точки наружного слухового прохода по МРТ в аксиальной плоскости; расстояние от апикальной точки головки мышцелкового отростка до наружного края кожи по МРТ в коронарной плоскости; расстояние от самой глубокой точки внутренней поверхности суставной впадины до наружного края кожи по КТ.

Результаты и их обсуждения. Расстояние от апикальной точки головки мышцелкового отростка до максимально близкой точки наружного слухового прохода составило в среднем 1,225 см (от 0,9 до 1,74 см справа, от 0,89 до 1,75 см слева); расстояние от апикальной точки головки мышцелкового отростка до наружного края кожи в среднем равно 2,575 см (от 1,9 до 3,2 см справа, от 1,8 до 3,3 см слева); расстояние от самой глубокой точки внутренней поверхности суставной впадины до наружного края кожи в среднем – 3,2 см (от 2,3 до 4,0 см справа, от 2,2 до 4,0 см слева).

Выводы. Артроскопический доступ в полость ВНЧС – технически сложная манипуляция, требующая от хирурга большой точности и опыта. Для оптимизации и снижения травматичности процесса необходим универсальный шаблон, изготовленный на основании анатомо-топографических ориентиров. Результаты анализа, полученные по данным МРТ и КТ, показывают, что разброс данных позволяет изготовить универсальный шаблон с учётом погрешностей МРТ и КТ для артроскопического доступа.

Библиографический список:

1. Molinari F. Temporomandibular joint soft-tissue pathology, I: Disc abnormalities/ F. Molinari, P.F. Manicone, L. Raffaelli, R. et al. // Semin. Ultrasound. CT MR – 2007. – Vol. 28, №3ю – P. 192-204.
2. American Society of Temporomandibular Joint Surgeons. Guidelines for diagnosis and management of disorders involving the temporomandibular joint and related musculoskeletal structures // Cranio. – 2003. – Vol. 21, №1. – P. 68 - 76.
3. Шипика Д. В. Особенности хирургических методов лечения больных с функциональными нарушениями и заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава / Д.В. Шипика, А.А. Митерев, А.Н. Кузнецов // Сборник трудов XVIII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». - 2013г. - Стр.113.
4. McCain J.P. Arthroscopic discopexy is effective in managing temporomandibular joint internal derangement in patients with Wilkes stage II and III / J.P. McCain, R.H. Hossameldin, S. Srouji, A. Maher // J Oral Maxillofac Surg. – 2015. – Vol. 73, №3. – P. 391-401.
5. Spallaccia F., Rivaroli A. Disk repositioning surgery of the temporomandibular joint with bioabsorbable anchor / F. Spallaccia, A. Rivaroli // J Craniofac Surg. – 2013. – Vol. 24, №5. – P. 1792-5.

Жолудев С. Е., Ивлев Ю. Н.

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ И БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ.

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, Екатеринбург

Аннотация: Реставрация депульпированных зубов является актуальной темой ортопедической стоматологии. Авторами предложен новый метод изготовления культевой штифтовой вкладки из гибридного материала.

Ключевые слова: депульпированный зуб, культевая штифтовая вкладка, гибридные материалы, биомиметика.

Стратегия восстановления зубов, прошедших эндодонтическое лечение, зависит от множества факторов. Во-первых, от групповой принадлежности. Так, в практике ортопедической стоматологии депульпированные моляры и премоляры чаще всего можно восстановить частичными адгезивными керамическими реставрациями без использования штифтовых конструкций, поскольку на эту группу зубов в основном приходятся вертикальные векторы нагрузок. Иначе обстоит дело во фронтальном участке, где также присутствует горизонтальный компонент и для улучшения ретенции коронковой реставрации используют внутриканальный штифт. Во-вторых, от количества оставшихся твердых тканей зуба. Как известно, эндодонтический доступ ослабляет зуб на 10-14%, а потеря апроксимальных стенок приводит к потере прочности более чем на 60%.

Количество оставшихся твердых тканей зуба будет определять прогноз и выбор метода восстановления. В течение многих лет хорошо себя зарекомендовали литые культевые штифтовые вкладки из различных сплавов металлов. Индивидуальный штифт имеет несомненные преимущества, поскольку полностью соответствует внутренним анатомическим особенностям восстанавливаемого зуба. Но сплавы металлов имеют высокий модуль эластичности, что может приводить к трещинам и переломам корней зубов, а металлическая культевая часть накладывает ограничения на выбор искусственной коронки зуба. В настоящее время широкое распространение получили искусственные коронки из стеклокерамики. Внутренняя

часть коронки поддается протравливанию плавиковой кислотой, что обеспечивает высокие показатели адгезии, а использование прозрачных и средней opakовости заготовок позволяет создавать высокоэстетичные реставрации. Однако, применение стеклокерамических адгезивных реставраций и металлических культовых вкладок будет приводить к просвечиванию культи и созданию нежелательного серого оттенка. Некоторые авторы рекомендуют использовать материал – диоксид циркония для изготовления культовых штифтовых вкладок, поскольку его оттенок не будет негативно влиять на цветовые характеристики покрывной коронки, но модуль эластичности диоксида циркония настолько высок, что делает этот материал не устойчивым к переломам при небольшой толщине ножки штифта, а при избыточном расширении корневого канала возрастает риск перелома корня зуба.

Появление нового класса гибридных материалов, включающих в себя свойства и керамики, и композита позволило авторам статьи по-новому посмотреть на вопрос изготовления культовых штифтовых вкладок. В рамках эксперимента была построена математическая модель и проведен сравнительный анализ методом граничных элементов для системы «корень зуба-штифтовая конструкция-искусственная коронка». Для оценки использовали упругие свойства трех материалов – кобальт-хромового сплава, диоксида циркония и гибридного материала Lava Ultimate. Гибридный материал показал наименьший уровень стресса для корня зуба. В период с 2018 по 2021 год было изготовлено 176 культовых вкладок из гибридного материала с покрывной конструкцией из стеклокерамики. 101 культовая вкладка была сделана непрямым методом, путем получения оттиска корневого канала при помощи полиэфирного материала. 75 культовых вкладок сделано прямым методом, моделирование проводилось при помощи беззольной пластмассы в полости рта пациента. Ведется динамическое наблюдение за пациентами. На сегодняшний день осложнений эстетического и функционального характера не выявлено.

Библиографический список:

1. С. Куби Керамические виниры, Издательство Квинтэссенция, 2020 г.

2. QDT 2020 Ежегодник Квинтэссенция зубного протезирования, Издательство Квинтэссенция, 2020 г.

3. Spitznagel F., Konstantin J. Scholz Polymer-infiltrated ceramic CAD/CAM inlays and partial coverage restorations: 3-year results of a prospective clinical study over 5 years // *Clinical Oral Investigations* - December 2017.

4. Rocca GT, et al. Fatigue behavior of resin-modified monolithic CAD-CAM RNC crowns and endocrowns // *Dent Mater.* 2016.

Журбенко В.А., Карлаш А.Е.

ОЦЕНКА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск

Аннотация: известно, что люди пожилого возраста имеют множество хронических заболеваний. Существенные возрастные изменения отмечаются и со стороны зубочелюстной системы. Значительный интерес представляет соблюдение гигиены полости рта. В статье дана оценка гигиены полости рта у людей пожилого возраста.

Ключевые слова: пожилой возраст, гигиена полости рта, анкетирование.

Введение. Одной из важнейших проблем здравоохранения является увеличение доли пожилых и старых людей не только в России, но и во всем мире. В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1980) человек, возрастом от 60 до 74 лет, рассматривается как пожилой; 75 лет и старше – старые люди; возраст 90 лет и старше – долгожители.

Различные эпидемиологические обследования выявили неудовлетворительное состояние органов и тканей рта у лиц старшего возраста. Среди стоматологической патологии значительное место занимает потеря зубов с последующими функциональными нарушениями.

Одним из важных факторов сохранения стоматологического здоровья является соблюдение гигиенических мероприятий в полости рта. Систематический уход за ротовой полостью в значительной мере обеспечивает нормальную функцию и здоровое состояние жевательного аппарата, что способствует предупреждению заболеваний зубов и слизистой оболочки полости рта. Как известно, основной целью гигиенического ухода за зубами является максимальное их очищение от остатков пищи и бактериального зубного налёта.

На сегодняшний день представлены различные средства гигиены полости рта, которые с каждым годом становятся всё более разнообразными, эффективными, специализированными, усовершенствованными и

модернизированными, как в плане внешнего дизайна, так и воплощая в себе профессиональные требования стоматологов и запросы потребителей.

Цель исследования. Оценка гигиенического состояния полости рта у лиц пожилого возраста.

Материал и методы. Был проведен стоматологический осмотр 75 пациентов в возрасте 60–70 лет. Перед осмотром был проведен опрос, а также анкетирование с помощью специально разработанной анкеты, которая включала вопросы по гигиене полости рта, причине визита к стоматологу.

Результаты и обсуждение. Изучение стоматологического статуса показало, что в структуре КПУ наибольший удельный вес занимают удаленные зубы, причем с возрастом их количество постоянно увеличивается.

Хороший уровень гигиены полости рта (1,1–1,5 балла) определен у 14 пациентов, удовлетворительный (1,6–2,0 балла) – у 35. Неудовлетворительный (2,1–2,5 балла) был выявлен у 15 и плохой (2,6–3,4 балла) – у 11 пациентов.

53,7% анкетированных отметили, что чистят зубы 1 раз в день, 2 раза в день – 46,3%.

На вопросы о применении гигиенических средств для ухода за полостью рта более 95% пациентов ответили, что используют только основные средства гигиены полости рта. В повседневном арсенале дополнительные средства гигиены полости рта применяются в очень редких случаях.

Среди причин обращения преобладала патология пародонта (37%), проблемы, связанные с протезами либо отсутствием зубов (31%), кариозное поражение зубов - 32%.

Также был проведен опрос пациентов на наличие и тип вредных привычек. Среди опрошенных 37% отметили курение, на втором месте среди вредных привычек отмечено употребление алкоголя (23%), лишь 5% и курили, и употребляли алкоголь. У 35% обследованных вредные привычки отсутствовали.

Выводы. Таким образом, использование межзубных средств и средств гигиены пришеечной области должно стать важной и неотъемлемой частью ухода за полостью рта у людей пожилого возраста.

Стоматологические программы должны включать в себя максимально возможную для данного возраста и состояния санацию полости рта, включая терапевтическую, пародонтологическую помощь и рациональное протезирование. Особое внимание необходимо уделить санитарно-просветительной работе, контролю за соблюдением правил чистки зубов, коррекции гигиенических навыков, подбору адекватных состоянию средств гигиены полости рта.

Библиографический список:

1. Иванова Г.Г., Коноваленко О.Б., Храмцова С.В., Польщикова И.В. Эффективность профилактических мероприятий в сравнительном аспекте // Институт стоматологии. – 2009. – № 3. – С. 42–44.
2. Леус П.А., Любко С.С. Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профилактике болезней пародонта // Клиническая стоматология. – 2007. – № 3. – С. 70–73.
3. Мазур И.П. влияние гигиены полости рта на состояние тканей пародонта // Современная стоматология. – 2009. – № 2. – С. 18–26.

Исламова Н.Б., Исломов Л. Б.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Узбекистан.

Аннотация: клинико-лабораторная часть работы основана на результатах обследования 96 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП). Из них 22 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени (ХГПЛ), больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени (ХГПС) и хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени (ХГПТ) 42 и 32 человек соответственно сочетанной гипотиреозом. Для объективизации клинической оценки состояния тканей пародонта использованы такие показатели, как парадонтальный индекс, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс и индекс Ketzе.

Ключевые слова: продукты перекисного окисления, липиды, противовоспалительные цитокины, гипотиреоз.

Актуальность. Одной из проблем современной клинической стоматологии является рост воспалительных заболеваний полости рта, протекающей на фоне вторичной иммунной недостаточности. Внутренним фактором, воздействующим на иммунный ответ, является эндокринная система, которая входит в комплекс нейрокринной регуляции гомеостаза. Важная роль в этиопатогенезе различных стоматологических заболеваний отведена сложным многофункциональным взаимоотношениям между иммунной, нервной и эндокринными системами. Однако эти данные малочисленны и разрозненны. Комплексное и углубленное изучение влияния гипотиреоза на развитие заболеваний полости рта не проводились. Важным патогенетическим звеном поражения пародонта является нарушения в системе «пол-антиоксиданты». нарушений в полости рта является активация иммунной системы. Считается доказанным участие цитокинов в развитии заболеваний пародонта. Имеются единичные работы, свидетельствующие об увеличении содержания цитокинов у пациентов с тиреотоксикозом, однако

работ, посвященных изучению влияния цитокинов на развитие заболеваний полости рта на фоне дисфункции щитовидной железы практически нет. В этой связи изучение процессов ПОЛ и содержания цитокинов в сыворотке крови в процессе развития заболеваний полости рта на фоне гипотиреоза представляет актуальную задачу стоматологии, решение которых позволит расширить понимание некоторых механизмов формирования поражения полости рта при дисфункции щитовидной железы, а также разработать новые эффективные методы диагностики.

Материал и методы исследования. Клинико-лабораторная часть работы основана на результатах обследования 96 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом. Из них 22 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени и хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени 42 и 32 человек соответственно сочетанной гипотиреозом. Для объективизации клинической оценки показатели, как парадонтальный индекс, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс и индекс Ketzе. Для достоверного определения интенсивности воспалительного процесса использовали пробу Шиллера-Писарева. Для измерения глубины пародонтальных карманов также проведены рентгенологические исследования.

Результаты исследований. В результате обследования больных гипотиреозом выявили высокую частоту генерализованного пародонтита. Преимущественно отмечали хроническое течение заболевания. У 60,1% лиц в возрасте 25-45 лет отмечали, в основном, среднюю и тяжелую форму пародонтита. У больных с гиподисфункцией щитовидной железы преобладала диффузная застойная гиперемия десен. Отмечается значительное отложение зубного камня, наличие пародонтальных карманов с серозно-гнойным отделяемым глубиной до 5мм. Изучаемый показатель в группе с ХГПЛ и ХГПС на фоне гипотиреоза практически не различались между собой и группой контроля. Данные антиокислительной активности сыворотки крови у больных гипотиреозом также достоверно не отличались в группе больных с легкой и средней степенью ХГП, тогда как у

больных с тяжелой степенью ХГП отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение общей антиокислительной активности крови при сравнении с группой контроля. Своеобразная динамика отмечена в активности каталазы сыворотки крови у обследуемых больных. Так, при тяжелой форме ХГП, сочетанной гипотиреозом, наблюдается достоверное повышение активности каталазы сыворотки крови ($p < 0,05$). Тогда как, в эритроцитах крови отмечена иная динамика, т.е. достоверное снижение активности каталазы на 15% при средней степени ХГП, при тяжелой степени ХГП на 20%, при сравнении с группой контроля ($p < 0,05$). Таким образом, у лиц с дисфункциями щитовидной железы выявлено существенное увеличение продуктов ПОЛ в сыворотке крови наряду со снижением ее антиокислительной активности, особенно тяжелой формой ХГП. При проведении иммуноферментного анализа у больных с ХГП различной степени тяжести на фоне гипотиреоза выявлены статистически значимые сдвиги в цитокиновом статусе. Наибольшее содержание изучаемых цитокинов в сыворотке крови зафиксировано у больных со средней и тяжелой степенью ХГП). У больных с ХГП средней тяжести, сочетанной с гипотиреозом уровень ИЛ-1 β в сыворотке крови возрастает в 1,6 раза ($p < 0,05$), а при ХГП тяжелой степени в 1,9 раза ($p < 0,05$), по сравнению с группой контроля. Содержание ИЛ-4 в сыворотке крови больных с ХГП, осложненной гипотиреозом, также увеличилась, при средней степени в 1,5 раза и при тяжелой в 1,7 раза ($p < 0,05$) по сравнению группой контроля. Подобная закономерность изменений отмечена и при изучении уровня ФНО- α в сыворотке крови исследуемых больных. Содержание данного цитокина у лиц с ХГП, осложненной гипотиреозом, была выше контрольных величин в 1,5 раза, у лиц с ХГП в 2 раза ($p < 0,05$). Таким образом, у пациентов с ХГП различной степени тяжести, сочетанной с гипотиреозом, отмечается активация иммунной системы, что вероятно имеет патогенетическое значение в развитии основного заболевания.

Выводы. Воспалительные заболевания пародонтальных тканей у больных с гипотиреозом носят преимущественно хронический генерализованный характер и отличаются высокой активностью воспалительного деструктивного процесса в области зубодесневого соединения. Установлено, что значительная активация

процессов ПОЛ и снижение антиокислительной защиты отмечено у больных с ХГП тяжелой степени на фоне гипофункции щитовидной железы. Показано, что при дисфункции щитовидной железы происходит выраженная активация иммунной системы, проявляющаяся увеличением уровня цитокинов в сыворотке крови. Наиболее высокие концентрации ФНО α , ИЛ-1 и ИЛ-4 выявлены у пациентов со средней степенью ХГП с гипофункцией щитовидной железы.

Библиографический список:

1. Андреева Л.И., Кожемякин Л.А., Кишкун А.А. Модификация метода определения перекиси липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой. // Лаб. дело. - 1988.-№11.- С. 41-43.
2. Алексеев С.А. «Патогенетическое значение изменений процессов ПОЛ и уровня цитокинов крови в формировании острого алкогольного поражения сердца» - Чита,2004. С.22.
3. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение: Руководство для врачей /: Медицинское информационное агентство, 2004. - 320 с.
4. Касаткина, Э.П. Йоддефицитные заболевания у детей и подростков / Э.П. Касаткина // Лечащий врач. -2000.-№10. С.18-21.
5. Козлов В.А. Некоторые аспекты проблемы цитокинов /В.А. Козлов // Цитокины и воспаление. 2002.-Т.1, №1.- С.5-8.
6. Махмудов Т.Г. Частота заболеваний пародонта и биохимические показатели смешанной слюны у больных диффузным токсическим зобом. Пародонтология 2009 г. №2, С.11-13
7. Оганян А.В. Остеопороз челюстных костей при экспериментальным гипотиреозе. 2007 г., С. 192-194.
8. Петрович Ю.А., Пузин М.Н., Сухова Т.В. Свободнорадикальное окисление и антиоксидантная защита смешанной слюны и крови при хроническом генерализованном пародонтите // Российский стоматологический журнал. 2000.- №3.- С.11 -13.

Каштанова М.С., Беньягуева В.Э., Крылова Е.Н.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Аннотация: дети с ЦП имеют до трех раз большую распространенность стоматологических заболеваний, чем здоровые дети. Низкие показатели не стимулированной скорости слюноотделения, рН и буферной емкости, изменения активности ферментов и концентрации сиаловой кислоты, а также повышенная осмолярность слюны и концентрация общего белка, что свидетельствует о нарушении гидратации, являются факторами развития заболеваний десен при ДЦП. Это приводит к усилению бактериальной агглютинации и образованию приобретенной пелликулы и биопленки, приводящей к образованию налета. Фотодинамическая терапия (ФДТ) с использованием фотосенсибилизаторов (ФС) позволяет улучшить кровенаполненность и степень оксигенации в тканях пародонта, а также элиминировать бактериальную биопленку.

Ключевые слова: фотодинамическая терапия, детский церебральный паралич, фотосенсибилизатор

Краткое введение. Детский церебральный паралич (ДЦП) – одна из самых распространенных инвалидностей детского возраста, характеризующаяся нарушением двигательного развития и осанки, связанных с поражением формирующегося мозга. Часто это сопровождается судорожными расстройствами, вторичными проблемами опорно-двигательного аппарата, нарушениями ощущений, восприятия, общения. Неспособность поддерживать гигиену полости рта из-за постоянного гиперкинеза рук или интеллектуальной недостаточности приводит к возникновению и развитию стоматологических патологий у детей с ЦП. Наряду с кариесом, гингивит наблюдается у подавляющего числа детей. Выявлено, что у детей и подростков с ЦП от 7 до 18 лет, по данным С.В. Ерзиной (2005), распространенность заболеваний пародонта составляет 94,4%, в большинстве

случаев они протекают в форме хронического катарального гингивита. В слюне обнаружена повышенная концентрация бактерий группы *Streptococcus mutans* у 85,0% и *Lactobacillus* у 92,0%. Даже при большом количестве современных препаратов для антибиотикотерапии и антисептических средств, все чаще возникают антибиотико-резистентные виды бактерий, что значительно усложняет медикаментозное лечение и делает неэффективными существующие схемы консервативного лечения заболеваний пародонта. Наиболее эффективным решением данной проблемы, по нашему мнению, является использование фотодинамической терапии (ФДТ) с фотосенсибилизаторами (ФС).

Цель исследования. Оценка эффективности лечения заболеваний пародонта у детей с ЦП с помощью ФДТ с применением различных групп ФС.

Материал и методы. Антимикробная фотодинамическая терапия заключается в избирательной окислительной деструкции патогенных микроорганизмов при комбинированном воздействии ФС и светового излучения определенной длины волны, которая зависит от типа используемого фотосенсибилизатора. Способность фотосенсибилизаторов связываться с микробными клетками-мишенями имеет определяющее значение при фотоинаktivации, микроорганизмы накапливают фотосенсибилизатор после его введения, затем под воздействием энергии лазерного излучения в предварительно сенсibilизированных тканях инициализируется каскад окислительно-восстановительных реакций с выделением синглетной (активной) и триплетных (долгоживущих) форм кислорода и свободных радикалов (биоокислителей), которые в свою очередь повреждают и разрушают микробы, при этом образуется фотокоагуляционная пленка. Кроме того, свободнорадикальные реакции в ходе фотохимического процесса в равной степени губительно действуют на бактерии, вирусы и простейшие, также во время процедуры происходит гибель не только самих микроорганизмов, но и многих патогенных факторов грамотрицательных бактерий: эндотоксинов, протеаз. Значительным преимуществом является тот факт, что фотосенсибилизаторы не обладают мутагенным и токсическим воздействием, которое нередко приводит к селекции резистентных штаммов, а бактерицидное действие носит локальный характер и

лимитируется зоной лазерного облучения сенсibilизированных тканей. К наиболее часто используемым на данный момент фотосенсibilизаторам относятся представители первого (производные гематопорфирина) и второго (производные δ-аминолевулиновой кислоты, производные фталоцианинов, бензопорфиринов, бактериохлорофиллов, производные хлорина Еб) поколений.

В стоматологии для ФДТ используют фотосенсibilизаторы второго поколения (производные хлорина Еб, препараты из группы красителей — метиленовый синий, толуидиновый синий), преимущественно в виде гелей для аппликационного нанесения.

Результаты и обсуждение. Детям с ЦП необходима специализированная медицинская помощь, в том числе стоматологическая, и так как ухудшается качество жизни детей вместе с тем ухудшается и гигиеническое состояние полости рта. Беря во внимание высокую распространенность заболеваний пародонта у детей с ЦП, тяжесть течения, интоксикацию и сенсibilизацию организма, и в то же время недостаточную эффективность, существующих схем консервативного лечения, следует признать целесообразным и необходимым дальнейший поиск новых подходов, рациональных и наиболее эффективных методов и средств терапии.

Преимущества применения фотодинамической терапии в стоматологии на сегодняшний день доказаны практикой и неоспоримы: безопасность, отсутствие токсичности и резистентности к повторным циклам фотодинамической терапии, отсутствие нежелательных эффектов, ограниченное применение анестетиков и, что особенно важно, возможность проводить лечение без применения антибиотиков и антисептиков. Все это обеспечивает щадящее и безболезненное лечение, комфортные условия для врача и пациента, ускорение сроков лечения с достижением максимального результата, что неоспоримо играет большую роль в лечении детей с ДЦП.

Многие исследования клинически доказали, что применение ФДТ для лечения хронического гингивита у пациентов молодого возраста с ДЦП позволило существенно снизить значения стоматологических индексов (ОНІ-S, РМА и СРІ) за

относительно короткий срок. После проведения ФДТ отмечается положительное влияние на состояние микроциркуляции тканей десны, и как следствие улучшение состояния пародонта.

Выводы. Заболевания пародонта являются одной из самых актуальных и сложных и проблем стоматологии в настоящее время. Несмотря на многочисленные исследования, существующие методы лечения оказываются недостаточно эффективными, наблюдается высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта и определяется неуклонное развитие пародонтопатологий во всех социальных группах населения и особенно у детей с ЦП. Поэтому создание новых препаратов и разработка методик лечения в данном направлении является актуальной задачей современной стоматологии. Мы рассматриваем метод ФДТ с применением ФС при лечении заболеваний пародонта как наиболее перспективный альтернативный подход к устранению резистентных инфекций, так как его эффективность не зависит от спектра чувствительности микроорганизмов и не приводит к развитию микробной устойчивости.

На основе представленной информации можно сказать о несомненных преимуществах фотодинамической терапии. ФДТ оказывает дезинфицирующее, противовоспалительное действие и гемостатический эффект. После проведенной терапии, на десне формируется фотокоагуляционная пленка, что делает риск повторного инфицирования минимальным, ФС быстро выводится из организма и не обладает токсическими и мутагенными свойствами. Также в пользу применения ФДТ у детей с ЦП говорит простота применения данного метода и его высокая эффективность. Мы предполагаем, что использование фотодинамической терапии с применением фотосенсибилизатора даст высокие результаты при лечении детей с ДЦП.

Библиографический список:

1. Чуйкин О.С., Галеева Р.Р., Галеева З.Р. Профилактика и лечение стоматологических заболеваний у детей с церебральным параличом // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5.

2. Странадко Е.Ф. Фотодинамическое воздействие на патогенные микроорганизмы (современное состояние проблемы антимикробной фотодинамической терапии) / Е.Ф. Странадко, И.Ю. Кулешов, Г.И. Караханов // Лазерная медицина. – 2010. – № 2. – С. 52–56

3. Попова А.Е., Крихели Н.И. // Применение фотодинамической терапии в комплексном лечении хронического пародонтита // 2012, 2

4. Cookson B.D., Farrelly H.P., Stapleton R.P.G., Garvey M.R., Price M.R. Transferable resistance to triclosan in MRSA. — Lancet. — 1991; 337: 1584—94.

5. Гейниц А.В., Сорокатый А.Е., Ягудаев Д.М., Трухманов Р.С. Фотодинамическая терапия. История создания метода и ее механизмы. Лазерная медицина 2007; 11: 3: 42—46.

Козловская Л. В., Белик Л. П., Колковская О. В.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, УЧАСТНИКОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Аннотация: изучение стоматологического здоровья детей, участников профилактической программы, в течение шести лет показало увеличение доли лиц, свободных от кариеса, тенденцию к снижению интенсивности кариеса зубов и поверхностей зубов. Оценка уровня стоматологического здоровья свидетельствует об эффективности программы.

Ключевые слова: стоматологическое здоровье, дети дошкольного возраста, профилактическая программа.

Введение. Кариес зубов относится к распространенной патологии у детей дошкольного возраста: 49,5% 3-летних и 80,5% 6-летних детей Республики Беларусь имеют кариозные зубы, а оценка интенсивности кариеса показала, что каждый ребенок в возрасте 3 лет имеет по 2,59 (3,32), 6 лет – по 4,88 (2,98) кариозных зубов. Фактором риска и причиной кариеса зубов у детей является патогенная бактериальная флора зубного налета. Мировой опыт использования фторидов для реминерализации твердых тканей зубов показал их большую эффективность. Кариес является динамическим процессом, который может быть остановлен или обращен вспять на ранних этапах. Для включения предметов и средств гигиены R.O.C.S. в наш стоматологический проект убедительным основанием явились эффективность и безопасность в удалении налета и высокий клинический потенциал. Высокая распространенность и интенсивность кариеса у детей диктует необходимость широкого внедрения и повышения эффективности профилактических мероприятий в более раннем возрасте.

Цель исследования. Оценить показатели стоматологического здоровья дошкольников, участников профилактической программы, в динамике.

Материалы и методы. На базе учреждения дошкольного образования № 533 г. Минска мы реализуем стоматологический проект с использованием лечебно-

профилактических зубных паст R.O.C.S. baby и R.O.C.S. kids, а также зубных щеток «R.O.C.S. baby для детей от 0 до 3 лет» и «R.O.C.S. kids для детей 3-7 лет». В состав зубной пасты R.O.C.S. kids для детей 4-7 лет входит аминофторид в концентрации 500 ppm. Профилактическая программа включает в себя многообразные формы и методы первичной профилактики кариеса зубов. Так, в рамках проекта дети обучаются уходу за зубами в виде уроков гигиены с демонстрацией на модели способа чистки зубов. Дошкольники ежедневно чистят зубы после завтрака, а предварительно обученные воспитатели контролируют этот процесс. Обследовано всего 1449 детей в возрасте от 3 до 6 лет. Данные мониторинга стоматологического здоровья детей оценивали в динамике в течение шести лет (2013-2018 гг.). Стоматологический статус изучали путем подсчета доли лиц, свободных от кариеса, интенсивности кариеса зубов, интенсивности кариеса поверхностей зубов.

Результаты и обсуждение. Доля лиц, свободных от кариеса, в 3-летнем возрасте колебалась от 47,05% (2013г.) до 65,52% (2018 г.), в 4-летнем – от 42,25% (2013г.) до 48,33% (2018 г.), в 5-летнем - от 25,42% (2013г.) до 25,92% (2018 г.), а в 6-летнем – от 16,77(2013г.) % до 28,95% (2018 г.).

Динамическая оценка показателя интенсивности кариеса зубов в течение шести лет позволила установить, что в 3-летнем возрасте он колебался от 2,56 (2013г.) до 1,29 (2018 г.) зубов, в 4-летнем возрасте показатель интенсивности кариеса зубов варьировал в диапазоне от 2,91 (2013г.) до 2,48 (2018 г.), в 5-летнем возрасте - от 4,78 (2013г.) до 4,48 (2018 г.), а в 6-летнем возрасте - от 5,22 (2013г.) до 3,76 (2018 г.).

Показатель интенсивности кариеса поверхностей зубов у детей трехлетнего возраста представлен в диапазоне от 3,78 (2013г.) до 1,88 (2018 г.), у детей четырехлетнего возраста - от 3,69 (2013г.) до 3,75 (2018 г.), у детей пятилетнего возраста - от 7,05 (2013г.) до 7,61 (2018 г.), а у детей шестилетнего возраста - от 5,95 (2013г.) до 6,71 (2018 г.).

Выводы. 1. Динамическая оценка показателей стоматологического здоровья детей дошкольного возраста, участников профилактической программы,

позволила установить, что доля лиц, свободных от кариеса, имеет тенденцию к увеличению. 2. Изучение индикаторов стоматологического здоровья детей в течение шести лет (2013-2018 гг.) показало тенденцию к снижению интенсивности кариеса зубов и поверхностей зубов.

Таким образом, мониторинг уровня стоматологического здоровья продемонстрировал улучшение его показателей в динамике и свидетельствует об эффективности профилактической программы детей дошкольного возраста.

Библиографический список:

1. Козловская Л.В., Белик Л.П. Профилактическая программа с использованием детских зубных паст R.O.C.S.: динамика стоматологического статуса, клинические результаты двухлетнего применения у дошкольников // Стоматологический журнал. – 2015. – № 3. - С. 192-196.

2. Родионова А. С. Современные парадигмы в кариесологии: новые пути для профилактики кариеса зубов // Стоматология детского возраста и профилактика. 2016. Том 15, №1 (56). С.6-8.

3. Терехова Т. Н., Козловская Л. В. Формирование здоровьесберегающего пространства в дошкольном образовательном учреждении с помощью стоматологических проектов // Стоматологический журнал. – 2012. - №1. – С.22-26.

4. Терехова Т. Н., Шаковец Н. В., Мельникова Е. И. Эпидемиология стоматологических заболеваний у детского населения Республики Беларусь // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста. 1-я Всероссийская научно-практическая конференция: Сборник научных статей. Казань, 9 февраля 2018 г. / Под общей редакцией д. м. н., профессора Салеева Р. А. – Казань: КГМУ, 2018. – С. 250-254.

5. Шаковец Н. В. Кариес зубов у детей раннего возраста: монография / Н. В. Шаковец, Т. Н. Терехова – Минск: Изд. центр БГУ, 2013. – 211с.

Копытов А.А., Горбачев А.Л.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕТРАКЦИИ ТОЛСТОГО И ТОНКОГО БИОТИПА ДЕСНЫ

ФГАОУ ВО Белгородский НИУ, г. Белгород

Аннотация: непрямые реставрации, как правило, заводятся апикальнее устья зубодесневой борозды (пародонтального кармана). Технология несъёмного протезирования предусматривает получение оттиска культи зуба в области которой адекватно анатомо-морфологическому строению смещена маргинальная десна. При этом необходимо добиться компромисса между минимальным повреждением и максимальной сухостью тканей в области уступа.

Ключевые слова: фильтрация, десневая жидкость, ретракция.

Введение. В настоящее время доказана значимость функций десневой жидкости, интенсивность фильтрации которой является показателем инфекционного и окклюзионного повреждения пародонта. Для возможности восстановления жевательной эффективности эстетическими несъёмными протезами рекомендуется минимизировать фильтрацию десневой жидкости и предупреждать кровотечение путём ретракции десны. При этом слабое воздействие на элементы десны не гарантирует сухости области уступа, а сверхпороговое повреждение чревато атрофией десны. Существует зависимость, дающая понимание оптимальной толщины ретракционного шнура и глубины зубодесневой борозды (пародонтального кармана). При этом, вопрос целесообразности применения шнуров одного диаметра при различных биотипах десны изучен недостаточно.

Цель исследования. Повышение эффективности ретракции в зависимости от биотипа десны.

Материалы и методы. Из 30 больных, в возрасте до от 25 до 35 лет с ранее депульпированными премолярами, планируемыми опорными в несъёмных протезах, сформировали две равные группы. В первую вошли больные, у которых в области губной (щёчной) поверхности премоляров диагностировался

толстый биотип десны, во вторую больные с тонким биотипом. Внутри групп сформировали подгруппы. В первых подгруппах ретракцию десны осуществляли химически чистым вязанным шнуром «Ретрикс» №1, во-вторых, шнуром с эpineфрином, в-третьих - ретракционной системой GingiTrac (Centrix). Всем больным до ретракции и после ретракции оттиски получали массой Speedex. Модели изготавливали по общепринятой технологии, с последующим выпиливанием гипсовых штампов. Различия в величине ретракции измеряли на микроскопе Keyence VHX-6000.

Результаты и обсуждение. В первой группе, в первой подгруппе ретракция равна $0,3656 \pm 0,064$ мм, во второй группе, в первой подгруппе $0,3711 \pm 0,079$ мм. Сравнительная оценка величины ретракции между группами с толстым и тонким биотипом не выявила достоверных отличий. В первой группе, во второй подгруппе десна сместилась на $0,4781 \pm 0,059$ мм, против $0,4269 \pm 0,068$ мм во второй подгруппе второй группы, при достоверной разнице 10,1%. В третьей подгруппе первой группы, ретракция равна $0,3192 \pm 0,046$ мм, в третьей подгруппе второй группы – $0,3455 \pm 0,06$ мм при достоверной разнице 8,2%. Сравнивая ретракцию при использовании химически чистого шнура и шнура с эpineфрином в группе больных с толстым биотипом определяется разница 30,8%. В группе больных с тонким биотипом разница, связанная с наличием эpineфрина достигает 15,0%.

Вывод. В два раза меньшая разница, определяемая наличием эpineфрина при сравнении ретракции толстого и тонкого биотипа десны приводит к мысли о том, ткани десны с тонким биотипом достигли максимального сокращения (укорочения), и оставшаяся кинетика эpineфрина сверхпорогово деформирует и повреждает десну.

Библиографический список:

1. Копытов А.А., Мейрманов А.М., Гальцев О.В. Гидропрепарирование как этиологический фактор атрофии альвеолярной кости. Пародонтология. 2010. Т. 15. № 4 (57). С. 32-36.

2. Копытов А.А., Ряховский А.Н., Цимбалистов А.В., Копытов А.А.
Способ определения состояний пародонта. Патент на изобретение RU 2435505
С1, 10.12.2011. Заявка № 2010108964/15 от 10.03.2010.

Копытов А.А., Леонтьев В.К.

РЕДУКЦИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ЧЕЛОВЕКА КАК ФАКТОР, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЙ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАРОДОНТИТА

ФГАОУ ВО Белгородский НИУ, г. Белгород,
ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова, г. Москва

Аннотация: в физиологии челюстных костей актуальна проблема редукции жевательного аппарата (ЖА), обуславливающая возникновение пародонтита. Наиболее интересные факты наблюдаются при оценке совместно протекающих процессов: 1 увеличения размеров скелета в целом; 2 снижения объёма жевательного аппарата и его прочностных характеристик.

Ключевые слова: редукция, этиология, пародонтит.

Введение. Смена трофической ниши привела к комплексным адаптивно морфологическим преобразованиям зубочелюстной системы современного человека в сравнении с зубочелюстными системами иных приматов. Редукция ЖА явилась следствием перехода к прямохождению, открывшему новые способы жизнедеятельности, добывания и обработки пищи.

Цель исследования. Уточнение роли редукции ЖА в генезе хронического пародонтита.

Результаты и обсуждение. Редукция ЖА обусловлена преодолением разрыва между рефлекторным трудом человека прямоходящего и человека разумного и обеспечена появлением аппарата членораздельного голосообразования, способствующего развитию словесно-логического мышления. Подтверждением этому является факт, образования подбородочного выступа, служащего для прикрепления мышц языка и губ, происходящий на фоне снижения массы челюстных костей. В сформированном виде подбородочный выступ появляется на черепах кроманьонцев, т. е. людей современного типа. Можно констатировать, формирование человека разумного произошло адаптационно, в результате чего антропоид получил развитые руки, выпрямленную походку и большой головной мозг. Дальнейшее развитие привело к формированию орган членораздельного голосообразования, что совместно с новыми внутримозговыми

структурами способствовало овладению речью, и началу развития словесно-логического мышления. Последующее выживание человека, в большей степени зависело от роста мозга и костей мозгового отдела черепа, при одновременном уменьшении лицевой части черепа, лицевого скелета, объёма, занимаемого зубочелюстной системой. Следовательно, эволюционно-адаптивные процессы ознаменованы протеканием двух взаимообусловленных процессов с формированием соответственной морфологии и анатомии.

Принципиальным признаком редукции ЖА является уменьшение объёмов костной ткани, происходящее за счёт уменьшения толщины и длины альвеолярных отростков. Недостаток костной ткани привёл к исчезновению у человека четвёртых моляров. Признаки редукции ЖА отмечаются и в настоящее время. Становится нормой наличие 28 зубов в полной зубной дуге, при отсутствии места для третьих моляров. Отсутствие вторых резцов и дистопированные зубы свидетельствуют о вариативности редукции ЖА. Среди работ, посвящённых сравнительной морфологии приматов, особого внимания заслуживает исследование В.В. Бунака (1927) «О гребнях на черепе приматов». Анализируя механизмы образования этих структур на черепе антропоморфных обезьян, автор пришёл к выводу, что формирование гребней может быть истолковано как результат механического воздействия мощной жевательной мускулатуры. Следует отметить генетическое обеспечение редукции ЖА, подтверждающееся отсутствием зачатков зубов, снижением плотности сосудистой сети, изменением морфологии костного мозга, иннервации.

Происходящее на фоне уменьшения объёмов челюстных костей сокращение перфузии тканей ЖА приводит к несоответствию между трофическим запросом и возможностью его удовлетворения. В результате изменяются прочностные характеристики минерализованных тканей челюстей, зубов, ухудшается их резистентность по отношению к микрофлоре, зубному налету. Таким образом, вся зубочелюстная система человека является ослабленной функциональной зоной со сниженной резистентностью к внешним воздействиям, нарушенной реактивностью, дестабилизированным строением и составом. Настоящий уровень

её резистентности и восприимчивости к стоматологической патологии недостаточно изучен и требует серьезных исследований. Факт редукции ЖА, проявляющийся уменьшением объёма костной ткани, приводит к необходимости переосмысления физиологии полости рта со смещением аспектов исследований от твердотельных моделей в направлении гидродинамических процессов. При этом костную ткань, уменьшенной толщины следует, считать поромеханическим каркасом, удерживающим неизменным объем, в толще которого демпфируется кинетика окклюзионного взаимодействия. Предложенный подход ставит необходимым выявление корреляций между особенностями тока экстравазальной и внутрисосудистой жидкостей. Оценку влияния периодонта на характер фильтрации биологических жидкостей, формирование вязкоупругих характеристик пародонта, обеспечивающих демпфирование кинетики окклюзионного взаимодействия и т.д.

Вывод. Таким образом, редукцию ЖА в виде снижения массива челюстных костей следует считать фактором, обуславливающим развитие пародонтита у человека разумного. Это утверждение подтверждается тем, что у остальных приматов хронический пародонтит практически не встречается.

Библиографический список:

1. Харитонов В.М. Пути эволюционной антропологии в России и роль музея антропологии МГУ в ней. Вестник Московского университета. Серия 23: Антропология. 2011. № 4. С. 119-136.
2. Копытов А.А., Мейрманов А.М., Любушкин Р.А., Гальцев О.В. Топография нарушения перфузии пародонта в зависимости от нагрузки на зуб Пародонтология. 2012. Т. 17. № 3 (64). С. 16-21.
3. Копытов А.А. Расчет возможности реабилитации пародонта зубов, в различной степени утративших устойчивость Пародонтология. 2013. Т. 18. № 1 (66). С. 14-18.

Копытов А.А.

ДЕТАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОГО ПРОСТРАНСТВА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

ФГАОУ ВО Белгородский НИУ, г. Белгород

Аннотация: повышение уровня конкурентоспособности современного медицинского вуза одна из основных задач, решение которой повышает суверенитет и престиж вуза, его абитуриентов, выпускников и государства в целом. Предпринимать конкретные действия в этом направлении целесообразно на основании математического моделирования процессов, воздействие на которые приведёт к искомому повышению уровня конкурентоспособности.

Ключевые слова: информационно-коммуникативное взаимодействие, удалённая форма работы, уровень конкурентоспособности вуза.

Цель исследования. Совершенствование процессуальной модели информационно-коммуникативного пространства медицинского вуза

Результаты и обсуждение. В эпоху интенсивного развития онлайн-платформ и перевода значимой части населения на удалённую форму работы (обучения) особую значимость обретает повышение эффективности информационно-коммуникативной политики медицинского вуза в рамках повышения глобального уровня конкурентоспособности. Под глобальной конкурентоспособностью подразумевается распространение знаний (данных) об информационно-коммуникативной политике и продуктах, предлагаемых медицинским вузом в глобальных объёмах, направленных в основном на зарубежную аудиторию и локальном объёме, предназначенном для сотрудников, учащихся и потенциальных потребителей медицинских услуг.

Упорядочить моделирование можно созданием концептуальной модели информационно-коммуникативного пространства медицинского вуза. Концептуальная модель — это виртуальный многокомпонентный конструкт, позволяющий с приемлемой точностью рассчитывать динамику интенсивности отклика социальных субъектов - потребителей научной и медицинской продукции

на изменения каждого из аспектов информационно-коммуникативного пространства. Одним из важнейших компонентов концептуальной модели информационно-коммуникативного пространства является процессуальная модель. Уточним дефиницию. Под процессуальной моделью понимают комплекс действий, реализация которого приводит к достоверному увеличению зарубежных и отечественных потребителей научной и медицинской продукции вуза. В рамках процессуальной модели АУПу медицинского вуза следует:

- основываясь на научно-медицинских достижениях оценивать изменения медицинских технологий, разработанные иными вузами и искать пути более интенсивной реализации собственных технологий;

- разрабатывать приемлемые для виртуальных платформ аудиовизуальные презентации, доносящие до потребителей научной и медицинской продукции концепцию, обусловившую достижение соответствующего положения на рынке научно-медицинских услуг;

- повышать обращаемость потребителей научно-медицинских услуг путём увеличения профессиональных носителей разработанных, в том числе, информационно-коммуникативных технологий;

- осуществлять оценку динамики развития иных локальных информационно-коммуникативных пространств и искать возможности для демпфирования снижающейся обращаемости к терминалам вуза;

- поддерживая рост уровня конкурентоспособности осуществлять внутривузовский контроль качества собственных аудиовизуальных презентаций;

- формировать исполнение вышеперечисленных действий на иностранных языках повышая уровень глобальный уровень конкурентоспособности.

Вывод. Повышение уровня глокальной конкурентоспособности вуза, в части работы процессуальной модели, является ответственностью административно-управленческого аппарата и зависит от возможности оценки информационно-коммуникативных пространств иных вузов.

Библиографический список:

1. Копытов А.А. Конкурентоспособность высшего учебного заведения (по материалам анкетирования абитуриентов и выпускников) Труд и социальные отношения. 2014. № 3. С. 73-82.

2. Копытов А.А. Технологизация управления информационно-коммуникативным пространством российского вуза как фактор повышения уровня конкурентоспособности. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук / Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. Орёл, 2015.

Кравцова-Кухмар Н.Г., Шаковец Н. В.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ДЕТЕЙ МИНСКА И МИНСКОЙ ОБЛАСТИ О ПРИЧИНАХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАРГИНАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТА

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Аннотация: самой распространенной патологией тканей маргинального периодонта среди детей является гингивит. К основной причине возникновения воспалительного процесса в тканях десны относится избыточное накопление зубного налета. Качественное проведение гигиенических процедур является неотъемлемой частью профилактических мероприятий, поэтому мотивация и своевременное информирование детей о факторах риска заболеваний маргинального периодонта является важной задачей врача-стоматолога.

Ключевые слова: анкетирование, заболевания тканей маргинального периодонта.

Среди воспалительных заболеваний тканей маргинального периодонта у детей наиболее распространенной патологией является гингивит. Гингивит – это воспаление тканей десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения зубодесневого прикрепления. Согласно проведенным эпидемиологическим исследованиям, в Республике Беларусь в 2019-2020 гг. распространенность данной патологии у детей в возрасте 12 лет составила от 43% до 68%.

Основным этиологическим фактором возникновения гингивита является зубной налет, накопление которого в пришеечной области поверхности зубов способствует проникновению микроорганизмов в ткани периодонта, тем самым вызывая повреждение клеток. Качественное проведение гигиенических мероприятий снижает вероятность появления воспалительного процесса, поэтому мотивация, обучение и информирование детей о правильном уходе за полостью рта играют важную роль в профилактике заболеваний маргинального периодонта.

Цель исследования. Оценить уровень знаний 12-летних детей об основных факторах риска и методах профилактики заболеваний тканей маргинального периодонта.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели было проведено анкетирование 240 детей в возрасте 12 лет, проживающих в г. Минске и Минской области. Анкета включала вопросы об основных факторах риска, клинических проявлениях и профилактике заболеваний тканей маргинального периодонта. Данные статистически обработаны при помощи компьютерной программы Microsoft Office Excel с помощью методов параметрической статистики.

Результаты и обсуждение. По данным проведенного анкетирования установлено, что 52% детей г. Минска чистят зубы 1 раз в день, в отличие от подростков Минской области, которые проводят гигиенические процедуры 2 раза в день (49%). Не отличались ответы у детей в обоих регионах на вопросы об использовании дополнительных средств гигиены. Подавляющее большинство детей не используют ирригаторы для очищения межзубных промежутков (86% - Минская область; 88% - г. Минска), а ополаскивателем ежедневно пользуется лишь 19% детей Минской области и 13% школьников г. Минска. Важно отметить, что около трети детей, вне зависимости от места проживания, никогда его не использовали, а 37% детей Минской области и 47% г. Минска применяют его изредка. Межзубные промежутки с использованием зубной нити или ершиков очищают 1 раз в день лишь 24% детей Минской области и 13% школьников г. Минска. Не используют их вовсе 32% и 24% опрошенных данных регионов соответственно.

Согласно проведенному анкетированию, дети не имеют такой вредной привычки как курение – 98% и 97% опрошенных в каждом регионе. Наличие кровоточивости при чистке зубов отмечали 35% и 34% детей г. Минска и Минской области. При этом 60% школьников Минской области и 63% подростков г. Минска не отмечали наличие клинических признаков воспаления десны. Были согласны с фактом необходимости менять зубную щетку 1 раз в 3 месяца 37% детей Минской области и 28% школьников г. Минска, а 26% и 35% опрошенных соответственно

проводят ее замену по мере износа. Наиболее сложным оказался вопрос о содержании ионов фтора в используемой зубной пасте: 72% детей Минской области и 75% школьников г. Минска не знают состав пасты, которой они чистят зубы.

Вызвал затруднение вопрос о том, оказывает ли жевательная резинка без сахара положительное влияние на здоровье полости рта. Более половины детей ответили, что не знают ответа на поставленный вопрос (63% – в Минской области; 68% – в г. Минске). Согласились с утверждением, что регулярная чистка зубов позволяет избежать проблем с деснами, 70% детей Минской области и лишь 55% школьников г. Минска. Положительно ответили на вопрос о пользе посещения врача-стоматолога 2 раза в год большинство детей Минска и Минской области (72% и 75% соответственно). Основной причиной посещения врача-стоматолога в обоих регионах является профилактический осмотр (64% – Минская область; 67% – г. Минск). Лишь 42% подростков Минской области оценивают состояние своих зубов как хорошее, а в г. Минске среди опрошенных в равных долях встречались такие ответы, как хорошее и удовлетворительное (38% и 35% соответственно).

Выводы. Большинство детей г. Минска и Минской области в возрасте 12 лет имеют недостаточные знания о факторах риска, клинических проявлениях и профилактике заболеваний тканей маргинального периодонта. Врачам-стоматологам необходимо уделять больше внимания информированию школьников о правильном уходе за полостью рта.

Библиографический список:

1. Кравцова-Кухмар, Н. Г. Распространенность гингивита у детей г. Минска и Минской области / Н. Г. Кравцова-Кухмар, Н. В. Шаковец // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста. 4 Всероссийская научно-практическая конференция: сборник научных статей – Казань: КГМУ, 2021. - С. 153-157.

2. Годованец О.И. Сравнительная характеристика состояния тканей пародонта у стоматологически здоровых детей и детей, больных хроническим катаральным гингивитом // Молодой ученый. — 2017 — № 9 (143). — С. 142-145.

Курицкая Е. М., Бислюк А.С., Колковская О.В.

ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ «ANLI-dent»

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Аннотация: согласно данным ВОЗ заболеваниями полости рта во всем мире страдают 60-90% детей школьного возраста и почти 100% взрослых. Основным этиологическим фактором кариеса зубов и заболеваний периодонта являются микроорганизмы, неблагоприятное воздействие которых можно предотвратить с помощью качественной гигиены полости рта. По данным многочисленных исследований человек в среднем чистит зубы не больше 30-60 секунд, при этом никак не контролируя время чистки. Однако для полноценного очищения всех поверхностей зубов и качественного удаления сформированной биопленки необходимо не менее 2 минут. Результатом этой научной работы явилось создание приложения для мобильных устройств «ANLI-dent», способствующее мотивации к выполнению тщательной гигиены полости рта с использованием лечебно-профилактических средств и отображающее качество ухода за полостью рта.

Ключевые слова: мобильное приложение "ANLI-dent", чистка зубов, методы чистки зубов, профилактика стоматологических заболеваний.

Введение. Чистка зубов дважды в день в течение минимум двух минут – это обязательная часть ухода за полостью рта. Ошибки, допускаемые при чистке, снижают эффективность процедуры, что в свою очередь неблагоприятно сказывается на здоровье полости рта в целом. Помимо регулярной чистки зубов положительный эффект оказывает применение дополнительных средств гигиены, таких как зубная нить и ополаскиватель, а также тщательное выполнение рекомендаций врача-стоматолога.

Цель исследования. Создать приложение для мобильных устройств, позволяющее соблюдать профессиональные медицинские рекомендации и правильно выполнять мероприятия по поддержанию гигиены полости рта.

Материалы и методы. По разработанному нами техническому заданию было создано мобильное приложение. В приложение включены такие разделы, как: мой профиль, чистка зубов по алгоритму, режимы и методы чистки, специальные

программы (отбеливание зубов, защита десен, уход за брекет-системой, свежесть дыхания), журнал чистки зубов и заметки.

Результаты и обсуждение. ANLI-dent – это универсальный помощник, который содержит понятные и подробные инструкции чистки зубов по методу, рекомендованному врачом-стоматологом. В приложении есть функция учёта симптомов, возникших во время чистки зубов (кровоточивости дёсен, повышенной чувствительности), о которых впоследствии можно сообщить врачу-стоматологу непосредственно на приеме.

Приложение ANLI-dent демонстрирует на наглядной модели челюстей поверхность, которую необходимо чистить, и указывает направление движения щётки в режиме реального времени. При этом работает таймер, благодаря которому удобно отслеживать продолжительность чистки. Таким образом, пользователь последовательно очистит всю полость рта, включая зубной ряд, в том числе и труднодоступные участки.

Приложение ANLI-dent позволяет контролировать продолжительность процедуры и дает возможность выбрать подходящий метод чистки. Содержит информацию, касающуюся частоты замены зубной щетки, использования зубной нити, и данные о проведении профилактических осмотров у стоматолога, формирует привычку регулярного правильного ухода за полостью рта.

Выводы. Разработанное нами мобильное предложение является удобным инструментом для формирования здоровых привычек по уходу за полостью рта и может быть рекомендовано к использованию пациентам.

Библиографический список:

1. Шаковец Н. В. Профилактика стоматологических заболеваний /Preventive dentistry: учеб.-метод. пособие. В 2 ч., Ч. 1 / Н. В. Шаковец, Д. Н. Наумович, Ж. М. Бурак; Белорус. гос. мед. ун-т. Каф. стоматологии детск. возраста. - Минск: БГМУ, 2015. – 111 с.

2. Ажгирей М. Д. Особенности использования нового метода диагностики и контроля течения кариеса зубов [Электронный ресурс] / М. Д. Ажгирей, Т. В. Бурлакова, Н. В. Шаковец // Фундаментальная наука в современной медицине -

2016: материалы статей. дистанц. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых / под ред. А. В. Сикорского, О. К. Дорониной, Т. В. Тереховой. – Минск: БГМУ, 2016. – С. 15-17.

3. Борисенко, Л. Г. Профилактика стоматологических заболеваний на этапе первичной медико-санитарной помощи [Электронный ресурс] / Л. Г. Борисенко // Стоматология вчера, сегодня, завтра: сб. тр. юбил. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 60-летию стоматол. ф-та БГМУ, г. Минск, 2-3 апр. 2020 г. / под ред. Т. Н. Тереховой. – Минск, 2020. – С. 68–71. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

Лавровская Я.А., Романенко И.Г., Лавровская О.М.

ВЛИЯНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НА АНТИПЛАЗМИНОВУЮ АКТИВНОСТЬ КРОВИ У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Аннотация: целью исследования являлось изучение антиплазминовой активности крови у ортопедических больных с циррозом печени. Антиплазминовая активность определялась у 41 пациента без соматической патологии и 57 респондентов с циррозом печени, пользующиеся съемными пластиночными протезами. В результате исследования у ортопедических больных с циррозом печени было установлено достоверное снижение антиплазминовой активности.

Ключевые слова: цирроз печени, антиплазминовая активность.

Введение. Хронические заболевания печени в экономически развитых странах в общей структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения занимают 10 место, а цирроз печени входит в число шести причин смерти пациентов в возрасте от 35 до 60 лет.

Повышение эффективности профилактики и лечения осложнений после протезирования в современной стоматологии все чаще связывают с необходимостью учета наличия у протезируемых больных сопутствующей патологии, а именно, – хронических болезней органов пищеварения. К ним относится цирроз печени, при котором выявлена повышенная проницаемость сосудов из-за усиления активности системы фибринолиза и накопления в крови биологически активных веществ. Доказано, что антифибринолитическая активность крови обеспечивается, прежде всего, α_2 -антиплазмином (α_2 -АП). Патологические процессы в печени сопровождаются изменением активности основного быстродействующего ингибитора плазмينا – α_2 -АП и при циррозе печени его уровень в крови снижается. Характерной чертой α_2 -АП является высокое сродство к плазмину. Он приводит практически к мгновенному подавлению фибринолитической активности фермента.

Цель исследования. Определение антиплазминовой активности крови у ортопедических больных с циррозом печени.

Материал и методы. Нами были обследованы пациенты, пользующиеся съемными пластиночными протезами: 41 ортопедический больной без соматической патологии (1 группа), вторую группу составили 57 пациентов с циррозом печени. Контрольную группу – 25 человек – практически здоровые лица.

Метод определения антиплазминовой активности крови основан на способности плазмы крови инактивировать фермент плазмин за счет наличия в крови ингибитора этого фермента α_2 -АП. Если один и тот же раствор плазмينا инкубировать с разными образцами плазмы при постоянном времени экспозиции, то степень инактивации фермента будет зависеть только от активности ингибитора. Остаточная активность плазмина определяется по времени лизиса стандартного фибринового сгустка, который лизируется тем медленнее, чем ниже эта активность и чем выше активность антиплазмينا. Согласно использованному нами методу у здоровых людей антиплазминовая активность крови составляет $(100,0 \pm 3,2) \%$.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у больных 1 группы антиплазминовая активность не выходит за пределы физиологического диапазона, составляющего $(101,6 \pm 2,5) \%$. У ортопедических больных, страдающих циррозом печени, антиплазминовая активность достоверно снижена: у больных 2 группы - до $(82,1 \pm 2,4) \%$. С уменьшением содержания основного ингибитора плазмينا можно связать повышение у больных 2 группы фибринолитической активности.

Выводы. Наличие цирроза печени у ортопедических больных, пользующихся пластиночными протезами, характеризуется снижением антиплазминовой активности крови, что свидетельствует о наличии изменений в системе протеиназы - антипротеиназы.

Библиографический список:

1. Прищепенко В.А. Трипсиноподобная активность сыворотки крови у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями печени / В.А. Прищепенко // Смоленский медицинский альманах. – 2017. – № 1. – С. 287-291.

2. Лавровская О.М. Цирроз печени как фактор риска воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта у ортопедических больных / О.М. Лавровская, С.К. Северинова, Я.А. Лавровская, С.И., Жадько, И.Г. Романенко // Крымский терапевтический журнал.– 2017.– № 3 (34) .– С. 19-22.

3. Заболевания печени и гемостаз (обзор) Часть I. Нехолестатические заболевания печени и гемостаз / В. И. Решетняк, [и др.] //Общая реаниматология.– 2019.– Т. 15, № 5.– С. 74-87.

Ле Т.Х., Дробышев А.Ю., Редько Н.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УДАЛЕННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ДЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ АУГМЕНТАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ЧЕЛЮСТЕЙ В ПРЕДИМПЛАНТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Аннотация: в настоящее время от 40% до 75% пациентов, разных возрастов определяется частичная потеря зубов на одной из челюстей, что значительно снижает качество их жизни. Пациенты нуждаются в рациональном протезировании несъемными ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах, которые обладают лучшим функциональными и эстетическими свойствами.

Ключевые слова: костная пластика, аутогенный дентинный блок, аутогенный костный блок.

Введение. Длительно существующие дефекты зубных рядов приводят к выраженной атрофии альвеолярного гребня челюстей. По данным Aruaño M и Lindhe J (2005) в течение первых трех месяцев после удаления зуба ширина альвеолярного гребня челюсти уменьшается на 30% от первоначального объема. Существует множество методик увеличения и восстановления объема костной ткани, но точного алгоритма выбора метода костной пластики не существует. Однако аутогенный материал является «золотым стандартом», так как обладает 3 важными свойствами, такими как остеокондукция, остеоиндукция и остеогенез, и в меньшей степени провоцируют реакцию иммунной системы организма на трансплантат. Дентин зуба, как и костная ткань на 20% состоят из коллагена первого типа и гидроксиапатита. Также дентин содержит факторы роста, такие как костный морфогенетический белок BMP-2 и трансформирующий фактор роста, который способствует остеорегенерации. Среди неколлагеновых белков, отвечающих за процессы минерализации дентинного матрикса в составе дентина присутствуют остеоонектин, остеокальцин и дентинный фосфопротеин.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа применения аутогенного дентинного блока и аутогенного костного блока при атрофиях альвеолярного гребня челюстей в предимплантационном периоде.

Материал и методы. Результаты рентгенологических методов исследования (КЛКТ); ретенированные зубы; динамометрический ключ.

Результаты и обсуждение. На первом этапе проведён систематический обзор литературных публикаций, в которых были использованы фрагменты удаленного зуба для сохранения и увеличения альвеолярного гребня челюсти. В поиске литературы были использованы такие источники как, PubMed, eLibrary.

Дробышев А.Ю. и соавторы (2019) провели клиническое и рентгенологическое исследование использование измельченного аутологичного дентинного матрикса (АДМ) в качестве костнопластического материала в предимплантационном периоде. АДМ был получен из измельченных удаленных зубов. В среднем, после удаления моляра можно было получить до 2 мл костного материала. Результаты исследования показали эффективность использование АДМ в качестве полноценного костнопластического материала в предимплантационном периоде, а также снижению стоимости проведения костно-пластических операций одновременно с удалением зуба или зубов.

На базе КЦ ЧЛПХиС клиники МГМСУ имени А.И. Евдокимова на кафедре челюстно-лицевой и пластической хирургии в 2020-2021 году было проведено клиническое исследование, где 16 пациентам проводили операцию по увеличению альвеолярного гребня челюстей. 8 пациентам проводили увеличение альвеолярного гребня челюстей с использованием аутогенного костного блока (АКБ), полученного из ветви нижней челюсти. Остальным пациентам (8) проводили увеличение альвеолярного гребня челюстей с использованием аутогенного дентинного блока (АДБ), полученного из удаленных третьих моляров, которые в последствие были обработаны (механически, антисептически) и фрагментированы при помощи прямого наконечника и сепарационного диска с охлаждением. Аутогенные блоки фиксированы мини-винтами. На следующий день после оперативного вмешательства всем послеоперационным пациентам проводилось контрольное рентгеновское исследование (КЛКТ). Всем пациентам проводили стандартный курс антибактериальной и противовоспалительной терапии после операции. Заживление ран у всех пациентов проходило без осложнений, швы

сняты на 14 сутки. Через 4-6 месяцев после костной пластики проводилось контрольное КЛКТ исследование для определения величины резорбции трансплантата в зоне костной пластики. Среднее значение редукции трансплантата через полгода составило 2,6% у АДБ и 18,2% у АКБ соответственно, составило 0,24 мм и 1,24 мм. Через 4-6 месяцев были успешно установлены все дентальные имплантаты в зоне костной пластики. Первичная стабильность имплантатов в зоне костной пластики с использованием аутогенного дентинного блока составило $37,4 \pm 4,8$ Н/см.

Выводы. Исходя из полученных данных, в ходе нашего исследования на кафедре челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, использование аутогенного дентинного блока является перспективной методикой при аугментации альвеолярного гребня челюстей. Для статистического анализа требует отслеживание отдаленных результатов и увеличение количества пациентов в группах.

Библиографический список:

1. Дробышев А.Ю., Янушевич О.О. / Челюстно-лицевая хирургия. Учебник / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 880с.
2. Редько Н.А., Дробышев А.Ю., Лежнев Д.А. / Презервация лунки зуба в предимплантационном периоде, оценка эффективности применения костнопластических материалов с использованием данных конусно-лучевой компьютерной томографии. / Кубанский научный медицинский вестник. 2019. Т. №6. С. 70-79.
3. Редько Н.А., Дробышев А.Ю., Шамрин С.В., Митерев А.А. “Анализ эффективности методик презервации лунок удаленных зубов в предимплантационном периоде”. – Российская стоматология. -2020. Т. 13. №2. С. 31-32.

Макаров А.В., Макарова Д.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА В БОЕВЫХ ИСКУССТВАХ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г.Киров

Аннотация: в статье представлены некоторые упражнения для развития психологической подготовки в боевых искусствах. Указаны общие психологические принципы подготовки бойцов основанные на общих древних концепциях присущих всем направлениям воинских искусств. Таких как мысль подобна воде, мысль подобна луне, единство мысли и воли.

Ключевые слова: психологическая подготовка, боевые искусства, упражнения, психологические принципы.

На земном шаре существует большое количество различные видов боевых искусств и многие из них пользуются огромной популярностью у их поклонников. Многие из них переросли национальные рамки и приобрели международный характер. Каждый из этих видов единоборств имеет свои отличительные особенности. Одни делают акцент на ударную технику, другие используют бросковую технику, третьи предпочитают борьбу в захватах и освобождения от них. В общей системе воинских искусств, все эти виды единоборств являются как бы ветвями единого дерева, корни которого уходят в глубь веков. Что более эффективно сила или техника, каратэ или ушу, айкидо или дзюдо, контактные или бесконтактные стили? Этот спор волнует человечество с древних времен и по сей день. Специалисты в области боевых искусств давно пришли к единому мнению о том, что во всех без исключения системах есть свои плюсы и минусы, все системы хороши и лучшим может быть не стиль или направление, а мастер, достигший упорными тренировками определенного уровня познания. Ни для кого не секрет, что практически все современные виды боевых искусств в мире претерпели одно но очень важное изменение. В силу объективных причин развития человеческого общества отпала необходимость повседневного применения их на практике. В современном обществе боевые искусства перестали играть важную роль в системе выживания и практически полностью стали спортивными. С одной стороны

повысилась их зрелищность, за счет введения новых красивых приемов, а с другой стороны они оторвались от реальной жизни и как боевые искусства пришли в упадок. Большинство современных экспертов в области боевых искусств, считают, что средний мастер боевых искусств подвергается на улице той же опасности, что и человек, не имеющий представления о какой либо технике борьбы. Спортивные соревнования проводятся по строго регламентированным правилам. Поединок проходит в светлом просторном зале в защитном снаряжении в удобной не стесняющей движений одежде. Судья в любой момент может остановить схватку, вы знаете, что вашей жизни не грозит реальная опасность, и вы останетесь живы. В худшем случае может быть только травма. В реальности жизни происходит все иначе, нет ограничений в приемах, нет судьи, который может остановить поединок. В подручных средствах нет ограничений (палка, нож, бутылка, зонтик, кирпич, камень, песок т.д.) и вообще вы можете оказаться один против нескольких нападающих. Готовы ли вы к такому повороту событий? Почему происходит так, что хулиган не знающий техники приемов, не оттачивающий на тренировках часами блоки и удары, и может быть уступающий вам в физических данных, в реальной ситуации имеет шанс одержать верх? Хулиган, сознание которого настроено на подобные ситуации и адаптировано к ним, уступая вам в силе и технике, психически более подготовлен. В этом главная причина его успеха. Как говорили мастера: «Меч в руках труса бесполезен, он все равно им не воспользуется». Какими же способами можно выработать у себя соответствующие психологические качества.

Для того чтобы подготовиться к реальному бою в условиях улицы нужно смоделировать эти условия в процессе занятий, которые могут быть в реальном поединке, поставить ученика в такие условия, чтобы в каждом упражнении он постоянно преодолевал самого себя (боль, страх, усталость и т.д.).

Умение настроиться на занятие, освободить свое сознание от ненужных мыслей, отключиться от внешнего мира, оставив его за стенами, является важным аспектом, входящим в процесс обучения специальной психологической подготовке, которой должно уделяться особое внимание.

Все упражнения, будь то разминка или отработка технических действий без партнера, на месте или в движении, отрабатываются, так как если бы перед вами находился реальный противник, и вашей жизни угрожала бы опасность. Внутреннее состояние психики ученика должно быть активным, а не пассивным. В сознании присутствует все время мысль активно противодействовать действиям противника. Т.е вы должны находиться на грани, в определенном психическом состоянии, состоянии предельной концентрации, собранности и готовности.

Парные упражнения по отработке блоков и ударов на месте и в движении, после того как упражнения были изучены, на этапе совершенствования выполняются в полную силу и на большой скорости, так как это вы бы стали делать в реальной поединке, но под тщательным контролем своих движений, не нанося травм партнеру.

Для того, чтобы развить в себе такие качества как смелость, отвагу и решительность можно порекомендовать следующие упражнения:

- различные упражнения для укрепления тела с помощью внешней набивки;
- контактные поединки, максимально приближенные к реальным условиям и не ограниченные никакими правилами;
- поединки против нескольких противников;
- поединки в повседневной одежде с использованием сложных условий местности: поединки в воде, на склоне горы, на льду, песке, траве и т.д;
- тренировки на природе в любую погоду;
- тренировки с холодным оружием;
- учебные поединки на ограниченном пространстве, на высоте;
- работа с огнем, когда партнер атакует горящим факелом и т.д;
- медитативные техники такие, например, как: медитация на точку, свечу, каплю;
- дыхательные упражнения.

Особое место в системе психологической подготовки занимают медитативные техники. Эти техники позволяют постоянно совершенствовать технику поединка. Если вы будете пытаться применить в бою технику сознательно,

то это приведет только к поражению. При таком подходе ваше мастерство будет ложным, пострадаете, прежде всего, вы сами. Применение медитативных техник должно развить способность мгновенно находить правильное решение в любой ситуации без всяких раздумий и колебаний. А для этого необходимо так называемое состояние «чистого сознания». К большому сожалению, многие современные направления не уделяют этому особого внимания, концентрируясь только на тактико – технических аспектах.

На освоение медитационных техник уходит очень много времени прежде чем может проявиться результат у занимающегося. Поэтому, если вы действительно изучаете боевое искусство, а не приемы самозащиты, не стоит торопиться и стремиться к превосходству над другими людьми.

Психологические принципы подготовки бойцов основаны на некоторых общих древних концепциях присущих всем направлениям воинских искусств.

Мысль подобна воде. Этот принцип использовался старыми мастерами – как условие психологического состояния бойца, когда он обращен лицом к противнику.

Суть его заключается в то, что мысль бойца должна быть спокойна, словно гладкая поверхность воды в безветренную погоду. И подобно тому, как на не потревоженной поверхности воды отражаются все окружающие предметы, так и в уравновешенном, спокойном состоянии духа боец видит все движения противника (причем не только те, которые он уже делает, но и те, которые он лишь намерен выполнить), так и свои ответные. В таком психологическом состоянии движения в защите и нападении адекватны ситуации.

Продолжив сравнение, можно сказать, что, как на взволнованной поверхности воды исчезают отражения предметов, так и в занятом мыслями о нападении или защите мозгу нет места для анализа замыслов противника, что позволяет последнему находить удобные моменты для атаки.

Мысль подобна луне. Согласно этой концепции, как луна освещает ровным светом все окрестности, так и мысль бойца должна быть нацелена на то, чтобы предугадать его движения. Развивая в себе это качество, боец будет мгновенно

реагировать на любую атаку и брешь в защите противника. Напротив, нервозность и отчаяние, подобно тучам, скрывающим луну, мешают обнаружить слабые стороны противника и применить адекватные действия.

Единство мысли и воли. Если вы даже хорошо представляете движения противника и знаете его слабые места, но воля ваша бездействует, технический прием не даст нужного эффекта. Суть этого принципа сводится к следующему: мысль должна искать бреши в защите и нападении, а воля активизироваться для выполнения необходимых движений.

Подводя итог всему выше сказанному, можно сказать, что психологическая подготовка - это один из важнейших аспектов, составляющих любое боевое искусство. Исходя, из этого в реальном поединке выигрывает тот мастер, у которого выше развит дух.

Вот почему методики по развитию боевого духа передаются исключительно только посвященным, а стало быть, проверенным ученикам и никогда не преподаются на широкую публику. Эти знания должны держаться в строжайшем секрете, дабы не принести в мир еще большего вреда.

Библиографический список:

1. Воронов И.А. Психотехника восточных единоборств (Восточно-азиатская классическая концепция психологической подготовки единоборцев). Мн., 2005. 432 с.
2. Кадочников А.А. Психологическая подготовка к рукопашному бою. Ростов н/Д., 2003. 304 с.
3. Смирнов В.В. Шанги – боевое искусство мастеров Мьянмы. М., 2004. 240 с.
4. Лян Шоууй, Ян Цзюньмин. Синьи-цюань. Теория и практика. «София», 1997. - 287 с.

Макарова Д.А., Макаров А.В.

ОСОБЕННОСТИ ПАРТЕРНОЙ ГИМНАСТИКИ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров

Аннотация: в статье рассматривается партерная гимнастика как один вид физической культуры. Особенности ее возникновения, а также в какое время сложилась система партерной гимнастики и что она из себя представляет. Направленность гимнастических упражнений. Рассмотрены одни и важнейших задач партерной гимнастики, воздействия данная физических упражнений на здоровье в целом. Так же описаны особенности партерной гимнастики, ее отличительные особенности, возрастающая популярность среди детей дошкольного и школьного возраста, приведены примеры упражнений.

Ключевые слова: гибкость; партерная гимнастика; особенности партерной гимнастики; игровой стретчинг; партер; комплекс упражнений.

Гибкость тела – одно из основных условий для достижения высоких результатов в спорте и нормального функционирования человеческого организма.

В настоящее время разработано большое количество различных методик и систем, направленных на развитие гибкости, координационных способностей и силы. Одной из таких систем является партерная гимнастика. Партерная – от французского слова «партер» (parterre)–на земле.

Цель исследования. Рассмотреть влияние партерной гимнастики на оздоровление организма в целом.

Гимнастические упражнения носят изоляционную направленность, т.е. воздействуют и развивают по отдельности ту или иную группу мышц. Занимаясь гимнастикой обучающиеся учатся правильно, относительно ритмического рисунка, координировать движения, напрягать и расслаблять суставно-мышечный аппарат, а также развивать ловкость и гибкость мышления.

Во время занятий гимнастикой большое значение имеет работа центральной нервной системы. Гимнастика требует от обучающихся, скорости мышления,

сосредоточенности, внимания и сообразительности. Соответственно урок гимнастики не может проходить после умственных занятий.

Одна из важнейших задач партерной гимнастики – это исправление дефектов форм тела, поэтому она решает корректирующую и профилактическую задачу.

Таким образом партерная гимнастика – это система упражнений, направленная на профилактику, коррекцию, укрепление и развитие функциональных способностей организма, выполняемых на полу. В партерной гимнастике значимую роль занимают физические упражнения в партере, именно это является наиболее важным аспектом для организма человека, а именно для детей, потому как при выполнении упражнений стоя, на опорно-двигательный аппарат в целом оказывает влияние мощная нагрузка, но выполняя комплексы упражнений в партере нагрузка распределяется равномерно, дозированно и безопасно.

При систематическом занятии партерной гимнастикой решаются и регулируются следующие задачи:

- проработка всех групп мышц
- улучшение ССС и дыхательной системы
- увеличение подвижности суставов
- нормализация и восстановление нервной системы

Выпускники детских садов имеют недостаточный уровень гибкости. В дошкольном и школьном образовании должного внимания развитию гибкости не уделяется, хотя, данный возрастной период, является самым благоприятным для развития гибкости. Значительное число нарушений осанки у детей – это последствия недостаточного развития гибкости. Партерная гимнастика комплексно и эффективно развивает физические качества, не только гибкость, но и силу, координацию, ловкость.

Так же партерная гимнастика развивает и образное мышление, поэтому она введена в программу ритмики детей дошкольного и младшего школьного возраста.

При выполнении упражнений в партере ЧСС не превышает 130-140 уд/мин, т. е. за пределы аэробной зоны не выходит; потребление кислорода увеличивается

до 1,0-1,5 л/мин. Таким образом, выполнение упражнений в партере исключительно носит аэробный характер.

Особенности партерной гимнастики не только в том, что она базируется на большом арсенале упражнений, но и в том, что это самый безопасный вид тренировок, поэтому партерной гимнастикой можно начинать заниматься детям с 3-4 лет.

Основным и наиболее значимым компонентом, который входит в комплекс упражнений партерной гимнастики – это игровой стретчинг в котором используется прием игры, который очень важен для дошкольного и младшего школьного возраста.

Выводы. Перед тем, как приступить к выполнению упражнений необходимо учитывать возрастные особенности детей. Упражнения выполняются на ковриках в носках, используется музыкальное сопровождение. Все упражнения основаны на чередовании сокращения и расслабления мышц.)

Растяжку необходимо выполнять плавно, без резких движений, также все упражнения выполняются в партере.

Библиографический список:

1. Алисов Н. Я. Исследование гибкости и экспериментальное обоснование методики её развития: автореф. дис. канд. пед. наук / Н. Я. Алисов, 2006. – 1971с
2. Анцыперов В. В. Система начального обучения юных гимнастов технике двигательных действий: автореф. дис. д-ра пед. наук / В. В. Анцыперов. Волгоград, – 2008. – С. 53.
3. Баёва Н. А. Анатомия и физиология детей младенческого и дошкольного возраста: учебное пособие / Н. А. Баёва, О. В. Погадаева, – 2003. – С. 72.
4. Лях В. И. «Гибкость и методика её развития. Физкультура в школе» /И. В. Лях. – 2007. – С. 181.

Маланова О.А., Морозова Н.С.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Аннотация: Целью исследования являлось оценка распространённости острой травмы зубов у детей в условиях детского дома. Исследование показало, что распространённость острой травмы зубов велико. Своевременно оказанной помощи и сопутствующего стоматологического лечения оказано не было.

Ключевые слова: острая травма зубов, дети, первая помощь, детский дом.

Краткое введение. Острая травма зубов является серьёзной зубочелюстной патологией, вовлекающей в процесс непосредственно ткани зуба и периапикальные ткани. Травма влияет на психоэмоциональное состояние ребёнка и наносит также физический ущерб, проявляющийся в расстройстве функции, болевых ощущениях и нарушении окклюзии. По частоте возникновения дом находится на первом месте, составляя по разным исследованиям 30 — 40% травм. В детском доме дети находятся в плотном контакте друг с другом, и риски получения травм, в том числе острой травмы зубов, увеличиваются. Также помимо бытовых и игровых ситуаций имеются дополнительные факторы риска, связанные с социоэкономическими причинами нахождения их в детских домах.

В связи с этим нарастает важность оказания первой помощи в детских домах и центрах содействия семейному воспитанию. Грамотно и своевременно оказанная первая помощь может существенно уменьшить риск развития осложнений и снизить стоимость дальнейшего лечения.

Цель исследования. Оценка распространённости острой травмы зубов у детей в условиях детского дома.

Материал и методы. Был произведен стоматологический осмотр детей на предмет наличия острой травмы зубов. Было осмотрено 50 детей от 5 до 14 лет мужского и женского пола. Наличие острой травмы зубов определялось визуально, а также подкреплялось рентгенологическим исследованием.

Результаты и обсуждение. Во время стоматологического осмотра детей было обнаружено, что 14 детей (27%) имеют различные формы острой травмы зубов. Из них 22% имеют трещины эмали, 50% переломы коронки зуба в пределах эмали, 28% переломы в пределах эмали и дентина, в том числе со вскрытием пульпы.

Чаще всего наблюдалась острая травма зубов постоянных резцов верхней челюсти (85%). Связано это с выступающим положением резцов верхней челюсти, а также с возрастом обследованных детей. У всех детей, имеющие травму зубов, наблюдаются аномалии окклюзии (дистальная окклюзия, недостаточное резцовое перекрытие, протрузия резцов верхней челюсти, скученное положение резцов).

Большинство детей (57%) получило травмы до поступления в детский дом. Ни одному ребенку не была оказана стоматологическая помощь.

Выводы. Частота встречаемости острой травмы зубов у детей в условиях детского дома велика и совпадает с результатами общемировых исследований в этой области. Однако исследование показало, что своевременная стоматологическая помощь была не оказана данным детям.

При этом в большинстве случаев у опрошенных педагогов имеется нехватка знаний и навыков оказания первой помощи при острой травме зубов. При этом доказано, что своевременно оказанная помощь уменьшает риск развития осложнений. В связи с высокой загруженностью учителей, необходимо подобрать информативный метод обучения с наилучшим коэффициентом полезности. Дальнейшие исследования на тему острой травмы зубов позволят улучшить эпидемиологическую ситуацию по миру и на территории России, в частности.

Библиографический список:

1. Danko Bakarčić, Sandra Hrvatin, Mia Maroević, Nataša Ivančić Jokić. First aid management in emergency care of dental injuries knowledge among teachers in Rijeka, Croatia // Acta Clin Croat. – 2017.- №56. -С.110-116.
2. Макеева И.М., Сарапульцева М.В. Распространенность травматических повреждений временных зубов в структуре стоматологической заболеваемости у

детей Екатеринбурга // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – №2.-С. 39-46.

Малашкина Д.В., Елистратова М.И.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск

Аннотация: целью исследования являлось изучение стоматологического статуса беременных женщин и определение особенностей ухода за полостью рта.

Ключевые слова: беременные женщины, кариес, профилактика.

Краткое введение. В настоящее время стоматологические заболевания во время беременности формируют отдельное звено в кариесологии и в периодонтологии за счет особенностей клиники и влияния общего состояния организма.

Тактика врача-стоматолога предусматривает постоянное наблюдение женщины во время беременности с целью оценки состояния полости рта, проведения профилактических мероприятий, лечения имеющихся заболеваний и предотвращения развития осложнений.

Наличие очагов хронической инфекции в полости рта наносит вред как здоровью беременной, так и плоду, нелеченый кариес у матери приводит в дальнейшем к развитию раннего кариеса молочных зубов у ребенка.

Цель исследования. Изучение стоматологического статуса беременных женщин.

Задачи исследования. Изучение стоматологического статуса беременных с помощью показателей индексов КПУ, РМА, СРІТN, гигиены (по Грину-Вермиллиону); проведение социологического опроса беременных на тему «Изменение стоматологического статуса во время беременности».

Материалы и методы. На базе стоматологического центра «Дентал Стил» г. Хабаровска было проведено стоматологическое обследование 30 беременных женщин в возрасте от 19 до 35 лет.

В ходе обследования у каждой пациентки определялись:

Степень активности кариеса (индекс КПУ); индекс РМА; индекс СРІТN; индекс гигиены полости рта (по Грину-Вермиллиону).

Данные индексов до беременности брались из амбулаторных карт пациенток. Каждой беременной женщине была предложена анкета на тему: «Изменение стоматологического статуса во время беременности».

Результаты и обсуждение.

1. Выполняют рекомендации и считают важным посещение врача-стоматолога во время планирования и течения беременности всего от 20 до 30% опрошенных женщин.

2. Свое стоматологическое здоровье как «отличное» оценивают — 5% пациенток, «хорошее» - 30%, «удовлетворительное» - 60% (5% пациенток затруднились ответить на данный вопрос).

3. Ухудшение состояния полости рта заметили 25% беременных женщин, при этом кровоточивость дёсен отмечалась у 20%.

4. Витамины для беременных принимают 80% пациенток.

5. Питание во время беременности корректировали лишь 15% обследуемых.

6. Рекомендованные врачом-стоматологом средства гигиены для полости рта используют всего 30% пациенток, при этом от 50 до 60% опрошенных применяют самые распространенные дополнительные средства — эликсиры и флоссы.

Выводы. Согласно данным исследования, стоматологический статус беременных женщин ухудшился по сравнению с данными до беременности, взятыми из карт обследуемых:

- среднее значение индекса КПУ до беременности составляло 3,7, во время беременности этот показатель увеличился до 4,1, что говорит о приросте активности кариозных процессов в 1,2 раза;

- среднее значение индекса гигиены (по Грину-Вермиллиону) до беременности составляло $0,8 \pm 0,05$, во время беременности данный показатель увеличился в 1,4 раза, что соответствует значению $1,1 \pm 0,03$;

- среднее значение индекса РМА до беременности составляло $16,1 \pm 0,02\%$, во время беременности показатель увеличился до $20,8 \pm 0,03\%$, что соответствует приросту примерно в 1,3 раза;

- среднее значение индекса СРГН до беременности составляло $1,7 \pm 0,04$, во время беременности показатель изменился до $2,2 \pm 0,01$, что соответствует его увеличению в 1,3 раза.

Библиографический список:

1. Жаркова О.А. Профилактика стоматологических заболеваний в период беременности // Вестник ВГМУ. - 2008. - Том 7. - №4. - С. 2-7.

2. Манак Т.Н., Шилова С.Д., Макарова О.В. Современные подходы к оказанию стоматологической помощи беременным женщинам // Современная стоматология. - 2017. - №4. - С. 13-15.

3. Якубова И.И., Кузьмина В.А. // Пародонтология. - 2016. - №2. - С. 76-79.

Мамедов Ад.А., Скакодуб А.А., Мазурина Л.А., Дудник О.В., Чертихина А.С.,
Безносик А.Р., Билле Д.С.

ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМ ВАН ДЕР ВУДА. (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г.Москва

Аннотация: синдром Ван дер Вуда – это синдром врожденного генетического дисморфогенеза, характеризующийся парамедиальными фистулами нижней губы и расщелиной верхней губы с или без расщелины нёба или изолированной расщелиной нёба. Вопрос о необходимости междисциплинарного комплексного подхода к методам лечения и диагностики пациентов с синдромом Ван дер Вуда остается актуальным на сегодняшний день. Целью нашего исследования являлось повышение уровня диагностики и лечения детей с Синдромом Ван дер Вуда. На кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) было проведено комплексное многоэтапное обследование 2-х семей с макро и микропризнаками. Таким образом, было проведено комплексное многоэтапное обследование семьи с макро и микропризнаками синдрома Ван дер Вуда, разработан алгоритм полной реабилитации челюстно-лицевой области у наблюдаемого ребенка, в ходе которого были выявлены особенности проявления и течения данного наследственного заболевания.

Ключевые слова: синдром Ван Дер Вуда, синдром губа-ямки, диагностика, особенности лечения.

Введение. Синдром Ван дер Вуда (СВВ)-синдром врожденного генетического дисморфогенеза, характеризующийся парамедиальными фистулами нижней губы и расщелиной верхней губы с или без расщелины нёба, а также с изолированной расщелиной нёба. Данный синдром представляет собой редкое аутосомно-доминантное заболевание. Распространённость заболевания составляет от 1/35000 до 1/100000 у новорожденных. При расщелине губы и неба нарушается питание ребенка, дыхание, снижается слух, нарушается работа небо-глоточного

затвора. Вопрос о необходимости междисциплинарного комплексного подхода к методам лечения и диагностики пациентов с синдромом Ван дер Вуда остается актуальным на сегодняшний день.

Цель исследования. Повысить уровень диагностики и лечения детей с синдромом Ван дер Вуда.

Материалы и методы. На кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), было проведено комплексное многоэтапное обследование 2-х семей с макро- и микропризнаками синдрома Ван дер Вуда, состоящее из: пренатального и неонатального обследования. К пренатальной диагностике относилось: генетическое консультирование (молекулярно-генетическое тестирования на *IRF6*) и ультразвуковое обследование плода.

Результаты и обсуждения. Нами был разработан и научно обоснован алгоритм оказания стоматологической помощи детям с синдромом Ван дер Вуда. Объектом нашего наблюдения были 2 семьи: Семья 1- с наследственными признаками СВВ. Две сестры 10 лет и 3 года, Семья 2- с наследственными признаками СВВ. Отец 28 лет и его дочь, обследуемая в период новорожденности и в дошкольный период (6 лет). У обследуемых детей многопрофильная реабилитация включала в себя следующие этапы: Хирургический (14 дней) – ранняя хейлопластика; хирургический (11 месяцев) – уранопластика; хирургический (12 месяцев) – иссечения свища; терапевтический (1-16 лет) - лечение гипоплазии и кариеса временных и постоянных зубов; хирургический (5 лет) - исправление перегородки носа; хирургический (18-20 лет) – коррекция губы и крыла носа; ортодонтический этап (5-12 лет) – замещающий аппарат при первичной адентии, с целью восстановления функции зубных рядов; логопедическая коррекция (4-7 лет)-лечение детей с ринолалией.

Выводы. Таким образом, пациенты с синдромом Ван дер Вуда должны наблюдаться многопрофильной группой специалистов с прохождением междисциплинарной диагностики и получать, при необходимости, комплексное хирургическое, отоларингологическое, ортодонтическое, логопедическое лечение.

Библиографический список:

1. Ural A, Bilgen F, Çakmakli S, Bekerecioğlu M. Van der Woude Syndrome With a Novel Mutation in the IRF6 Gene. *J Craniofac Surg.* 2019 Jul;30(5): e465-e467.
DOI: 10.1097/SCS.0000000000005552. PMID: 31299817.
2. Gurpal-Chhabda V, Singh-Chhabda G. Congenital lower lip pits: Van der Woude syndrome. *J Clin Exp Dent.* 2018;10(11): e1127-e1129.
DOI: 10.4317/jced.54953.
3. Advani, Shweta et al. Vander Woude's syndrome: The rarest of the rare. *Contemporary clinical dentistry.*2012; 3(2):191-193.
DOI:10.4103/0976-237X.101089

Морозов Д.И., Лашко И.С., Волков А.Г., Дикопова Н.Ж.

УЛЬТРАФОНОФРЕЗ ГЕЛЯ МЕТРОГИЛ ДЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Медико-биологический университет инновационных технологий и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г.Москва

Аннотация: проведено обследование и лечение 60 пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. В основной группе в комплекс лечебных процедур включали сочетанное воздействие высокочастотного ультразвука и антибактериального препарата геля Метрогил Дента (ультрафонофрез геля Метрогил Дента). Пациентам группы сравнения гель Метрогил Дента в ткани пародонта вводили с помощью аппликаций. В этой группе через полгода почти у половины обследованных выявлено ухудшение показателей ПИ, пробы Шиллера-Писарева и реографии; через год жалобы предъявляли 63% пациентов. В основной группе через полгода несмотря на повышение ИГ, сохранялась относительная стабильность клинико-функциональных показателей, а через год большинство из них не достигали уровня показателей, полученных до лечения.

Ключевые слова: пародонтит, ультрафонофрез, Метрогил Дента.

Актуальность проблемы. Распространённость заболеваний пародонта не снижается, а эффективность их лечения неудовлетворительна. Актуально совершенствование методов применения распространённого препарата Метрогил Дента при лечении хронического пародонтита.

Цель исследования. Изучение влияния ультрафонофреза геля Метрогил Дента на клиническое течение хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 60 пациентов от 31 до 62 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести с использованием индексной оценки: индекса Грина-Вермильона, пробы Шиллера-Писарева, индекса ПИ по Russel. Проводили ортопантомографию,

измерение глубины пародонтальных карманов, реопародонтографию. Исследования проводили до лечения, через полгода и год. В основной группе в комплекс лечебных процедур включали сочетанное воздействие высокочастотного ультразвука и антибактериального препарата геля Метрогил Дента. Пациентам группы сравнения гель Метрогил Дента в ткани пародонта вводили с помощью аппликаций.

Результаты и обсуждение. Ультрафонофорез геля Метрогил Дента способствовал купированию воспаления в тканях пародонта и удлинению сроков ремиссии. После лечения отмечалось снижение показаний пробы Шиллера-Писарева, ПИ и нормализация качественных и количественных показателей реопародонтограммы. Через 6 месяцев пародонтальный индекс и показания пробы Шиллера-Писарева составили $1,91 \pm 0,11$ и $1,2 \pm 0,19$; индекс гигиены равнялся $1,22 \pm 0,06$. При анализе количественных показателей РПГ значения ПТС; ИПС; ИЭС соответствовали $15,7 \pm 0,21$; $93,4 \pm 1,23$; $81,2 \pm 3,53$. Через год несмотря на повышение ИГ, сохранялась относительная стабильность клинико-функциональных показателей.

Применение аппликаций Метрогил Дента не обеспечивало значений после применения ультрафонофореза препарата. Через полгода индекс гигиены был равен $1,29 \pm 0,06$; показатели ПИ и пробы Шиллера-Писарева $2,19 \pm 0,09$; $1,73 \pm 0,16$ соответственно. Значение индексов реографии составили $20,3 \pm 0,74$ (ПТС); $114,4 \pm 1,66$ (ИПС); $69,9 \pm 1,45$ (ИЭС). Показатели состояния пародонта и РПГ через год после лечения не отличалось от значений, полученных до проведения лечебных мероприятий.

Выводы. Сочетанное применение высокочастотного ультразвука и геля Метрогил Дента значительно более эффективно по сравнению с аппликациями данного препарата. Ультразвук высокой частоты за счет снижения периферического тонуса и увеличения эластичности сосудистой стенки способствует активизации процессов микроциркуляции в пародонте, создает депо препарата в пародонте.

Библиографический список:

1. Абдулмеджидова Д.М. Факторы риска развития заболеваний пародонта у взрослого населения // Российский стоматологический журнал. – 2017. - 2(21). – С.72-75.
2. Любомирский Г.Б., Рединова Т.Л. Микроциркуляторные изменения в тканях пародонта в динамике физиотерапевтического лечения у больных пародонтитом // Пародонтология. – 2020. - 1(25). –С.63-70.
3. Ахмедбаева С.С., Волков А.Г., Дикопова Н.Ж, Парамонова И.А., Парамонов Ю.О. Озонотерапия и ультразвуковые воздействия в комплексном лечении пародонтита // Российский стоматологический журнал. – 2020. - 2(24). - С.74-78.

Муртазаев А. В., Исламова Н. Б.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЕ ЛЮДЕЙ К ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Самаркандский Государственный Медицинский институт, Узбекистан.

Аннотация: изучение особенностей психологических свойств человека, оказывающих влияние на его мотивацию относительно поддержания своего здоровья, является важным и актуальным. Проведены клиническое обследование пациентов, анкетирование, включающее вопросы о поведенческих привычках, самооценке состояния тканей пародонта, и психологическое анкетирование. Пациенты с высоким уровнем перфекционизма низко оценивают свое состояние полости рта из-за предъявления высоких требований к себе, страха не соответствовать высоким внутренним стандартам, желания быть лучше окружающих. Они стремятся к совершенству и поэтому тщательно выполняют свою работу, при этом могут не обращать внимания на состояние здоровья и гигиену полости рта.

Ключевые слова: психологический статус, отношение к здоровью, многомерная шкала перфекционизма, мотивация, профилактика стоматологических заболеваний.

Введение. Патология пародонта занимает одно из ведущих мест среди актуальных проблем современной стоматологии. Несмотря на активное внедрение инновационных технологий в диагностику и лечение болезней полости рта, показатели распространенности кариеса (95–98%) и заболеваний пародонта (90–100%) остаются чрезвычайно высокими, не имея тенденции к снижению. Массовая заболеваемость влечет за собой необходимость активного внедрения профилактических мероприятий. Инертность населения по отношению к индивидуальной гигиене полости рта требует создания эффективных методик, способных усиливать приверженность пациентов к проведению профилактики стоматологических заболеваний.

Изучение особенностей психологических свойств человека, оказывающих влияние на повышение уровня его знаний и мотивации по отношению к своему здоровью, несомненно, является важным и актуальным.

Цель исследования. Выявление взаимосвязи между уровнем перфекционизма и поведенческими особенностями людей в отношении стоматологического здоровья.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 170 студентов медицинского вуза в возрасте от 18 до 25 лет, из них 106 женщин и 64 мужчин. Все респонденты заполняли анкеты, включающие вопрос об отношении к гигиене полости рта, давали субъективную оценку состояния органов полости рта, указывали причину посещения стоматолога. Объективное исследование проводилось с использованием индекса гигиены (ОИ-S), оценки интенсивности кариеса (КПУ) и тяжести гингивита (индекса РМА в модификации Parma). В работе также использовался опросник Н. Г. Гаранян и Н. Б. Холмогоровой, позволяющий выявить патологический перфекционизм среди исследуемых. После предварительного ознакомления с инструкцией и информированного добровольного согласия на проведение исследования все студенты самостоятельно, без обсуждения ответов с окружающими людьми, заполнили опросник.

Для выявления взаимосвязи показателей перфекционизма и особенностей отношения к стоматологическому здоровью был проведен корреляционный анализ Спирмана.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что большинство респондентов осведомлены о необходимости осуществления личной гигиены полости рта (более 90%), однако регулярно чистят зубы только половина опрошенных. С целью профилактического осмотра посещали стоматолога только половина студентов, из них чаще это были женщины (62,3%), чем мужчины (37,7%). Половина студентов обращались к врачу-стоматологу с целью лечения или купирования острой боли, однако состояние органов полости рта они оценивали как идеальное или хорошее.

Были выявлены корреляционные связи между количеством запломбированных зубов и переменными «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»» ($r=-0,22$; $p<0,05$), «общий уровень перфекционизма» ($r=-0,2$; $p<0,05$), а также индексом гигиены ОНІ-s и «восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)» ($r= 0,44$; $p<0,05$), «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»» ($r= 0,41$; $p<0,05$), «завышенные притязания и требования к себе» ($r= 0,28$; $p<0,05$), «селектирование информации о собственных неудачах и ошибках» ($r= 0,47$; $p<0,05$), «поляризованное мышление «все или ничего»» ($r=0,35$; $p<0,05$), «общий уровень перфекционизма» ($r=0,50$; $p<0,05$).

Корреляционные связи между индексом гигиены ОНІ-s и шкалами опросника «Перфекционизм» свидетельствуют о том, что чем выше был уровень перфекционизма у респондентов, тем хуже было состояние гигиены полости рта. Складывается парадоксальная ситуация, что пациенты, стремясь к своему «внутреннему идеалу», направляют все свои силы и внимание на работу, учебу или любую другую деятельность и, оказывается, меньше уделяют внимание состоянию здоровья, хуже следят за состоянием зубов по сравнению с пациентами, которые имеют низкие баллы по показателям перфекционизма.

Выводы. Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о том, что студенты с высоким уровнем перфекционизма низко оценивают свое состояние полости рта (за счет предъявления высоких требований к себе, страха не соответствовать высоким внутренним стандартам, желания быть лучше окружающих). Такие люди стремятся к совершенству в своем деле, при этом на другие аспекты жизни они могут не обращать внимания, например, на состояние своего здоровья, гигиену полости рта и т. д. Несмотря на частое посещение стоматолога, у респондентов с высокими показателями перфекционизма объективно неудовлетворительное состояние полости рта (высокие показатели по индексу гигиены ОНІ-s).

Большинство респондентов осведомлены о необходимости проведения личной гигиены полости рта, однако половина из них не соблюдают гигиенические

мероприятия. У трети студентов отмечена завышенная самооценка состояния полости рта по отношению к объективным данным. Выявлена взаимосвязь между перфекционистическими характеристиками личности и стереотипами поведения молодых людей в отношении стоматологического здоровья.

Библиографический список:

1. Гаранян, Н. Г. Перфекционизм, депрессия и тревога / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева // Моск. психотерапевтич. журн. – 2001. – № 4. – С. 18–49.
2. Гаранян, Н. Г. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами / Н. Г. Гаранян, Т. Ю. Юдеева // Психологич. журн. – 2009. – № 6. – С. 93–100.
3. Здоровье молодежи: приоритетный национальный проект / Л. Ю. Орехова, Т. В. Кудрявцева, И. Н. Никифорова, Е. С. Лобода // Пародонтология. – 2009. – № 1 (50). – С. 13–16.
4. Кузьмина, Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э. М. Кузьмина. – Москва: МГМСУ, 2001. – 189 с.
5. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы) / Л. Ю. Орехова, Т. В. Кудрявцева, Н. Р. Чеминава [и др.] // Пародонтология. – 2014. – Т. 19, № 2. – С. 3–5.
6. Роль психологических особенностей личности в формировании мотивации к индивидуальной гигиене полости рта / Л. Ю. Орехова, Т. В. Кудрявцева, Е. Р. Исаева [и др.] // Пародонтология. – 2013. – Т. 18, № 1. – С. 10–13.
7. Федулеева, А. Г. Особенности проявления перфекционизма у лиц с различными соматическими заболеваниями / А. Г. Федулеева // Вестн. Пермск. унта. Философия. Психология. Социология. – 2013. – № 1 (13). – С. 108–116.
8. Юдеева, Т. Ю. Перфекционизм в структуре разных личностных типов / Т. Ю. Юдеева // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. – 2008. – № 49. – С. 409–414.
9. Blatt, S. Perfectionism and idealism / S. Blatt. – New York: Pergamon, 2000. — 14 p.

Ницзяти Н., Терехова Т.Н.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Аннотация: инфекционно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются наиболее частой причиной обращения пациентов как в стационар, так и в амбулаторную стоматологическую операцию.

Ключевые слова: дети; воспалительные заболевания челюстно-лицевой области; кариес; гигиена.

Введение. Инфекционно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются наиболее частой причиной обращения пациентов как за стационарной, так и за амбулаторной стоматологической хирургической помощью. Доля пациентов с острыми одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области от общего числа госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии составляет 65.

Обследовано 50 детей от 6 до 9 лет с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-я Городская детская клиническая больница» г. Минска.

В результате исследования установлена высокая распространенность (100%) и высокая интенсивность кариеса зубов у детей с воспалительными заболеваниями челюстей в возрасте от 6 до 9 лет.

Для снижения распространенности инфекционных заболеваний следует уделять большое внимание профилактике, своевременному и адекватному лечению кариеса и его осложнений во временных зубах, которые часто становятся причиной воспалительных заболеваний челюстей.

Цель исследования. Оценить стоматологический статус детей с воспалительными заболеваниями челюстей.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 50 детей в возрасте от 6 до 9 лет с воспалительными заболеваниями челюстей (одонтогенный

периостит и остеомиелит), находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-ая городская детская клиническая больница» в период с 10.12.2020 г. по 10.03.2021 года. Для оценки состояния органов и тканей полости рта у всех детей определяли уровень гигиены полости рта, состояние твердых тканей зубов. Обследование пациентов и регистрацию состояния органов и тканей полости рта проводили с помощью стандартного набора стоматологических инструментов (стоматологическое зеркало, зонд) при искусственном освещении. Данные обследования стоматологического статуса детей вносили в модифицированную карту ВОЗ.

Уровень гигиены полости рта определяли с использованием упрощенного индекса гигиены (Oral Hygiene Index Simplified – ОНI–S), предложенного Green J.C., Vermillion J.R. в 1964 году.

Распространённость кариеса зубов определяли удельным весом лиц, имеющих кариес зубов, среди всех обследованных. Интенсивность кариеса зубов (кпуз) определяли как сумму числа кариозных (к), пломбированных (п) и удаленных (у) зубов (ВОЗ, 1997). Полученные результаты обрабатывали при помощи методов вариационной статистики. При нормальном распределении признаков данные представляли в виде $M \pm m$, для обработки использовали параметрические методы (критерий Стьюдента).

При распределении признаков, отличных от нормальных, данные использовали методы непараметрической статистики. При анализе показателей структуры использовали критерий Спирмена. Различие между сравниваемыми величинами считали достоверным в том случае, если $p < 0,05$. Обработка полученных данных проводилась с использованием статистических пакетов Excel, «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение. Одонтогенные воспалительные процессы высоко значимо чаще ($\chi^2=12,7$; $p_{1-2,3,4} < 0,001$) зарегистрированы у детей в возрасте шести ($38,0 \pm 6,9\%$), семи ($30,0 \pm 6,5\%$) и восьми лет ($24,0 \pm 6,0\%$), чем у девятилетних ($8,0 \pm 3,8\%$) детей.

В ходе исследования уровня гигиены полости рта с помощью гигиенического индекса ОНI-S было установлено, что большая часть ($78,0\pm 5,8\%$) обследованных нами детей имеют удовлетворительный уровень гигиены полости рта, у $22,0\pm 5,8\%$ детей зафиксирован неудовлетворительный уровень гигиены. Значения индекса ОНI-S, соответствующие хорошей гигиене полости рта, не выявлены ни у одного ребёнка с одонтогенными воспалительными процессами в челюстно-лицевой области.

При изучении стоматологического статуса детей в возрасте от 6 до 9 лет с одонтогенными воспалительными процессами в челюстно-лицевой области установлено, что кариес зубов диагностирован у 100% детей, что соответствует высокому оценочному критерию.

Интенсивность кариеса временных зубов по индексу КПУ у детей с одонтогенными воспалительными процессами в челюстно-лицевой области в возрасте 6 лет составила $7,16\pm 0,70$ и была значимо ($p_{1-4}<0,01$) выше, чем у детей в возрасте 9 лет, у которых среднее значение индекса КПУ составило $4,00\pm 0,49$. У детей 7 и 8 летнего возраста среднее значение индекса КПУ составило $6,13\pm 0,29$ и $6,33\pm 0,27$ соответственно и было высоко значимо ($p_{2,4}<0,001$) ($p_{3-4}<0,001$) выше, чем у детей девятилетнего возраста. Среднее значение индекса КПУ у детей шести-, семи- и восьмилетнего возраста соответствует высокой, а в девятилетнем возрасте – средней интенсивности кариеса зубов, что связано со сменой кариозных временных зубов здоровыми постоянными.

Лишь у двух детей восьмилетнего возраста было зарегистрировано по одному зубу, пораженному кариесом и индекс КПУ составил $0,16\pm 0,09$.

Анализ структуры индекса КПУ позволил выявить у детей с одонтогенными воспалительными процессами в челюстно-лицевой области преобладание элемента «к» (кариозные зубы). Так, доля компонента «к» составила $52,19\pm 7,07\%$, доля компонента «п» составила $44,38\pm 7,02\%$ и доля компонента «у» – $3,43\pm 2,41\%$.

В структуре индекса КПУ доля компонента «к» у детей шести-, семи-, восьми- и девятилетнего возраста составила соответственно $50,7\pm 11,4\%$, $49,9\pm 12,9\%$, $52,6\pm 14,4\%$ и $75,0\pm 21,6\%$, однако значимых различий в числе

кариозных зубов у детей разного возраста установлено не было ($\chi^2=3,634$; $p_{1-2,3,4}>0,05$).

В структуре индекса КПУ доля компонента «п» (пломбированные зубы) у детей шести-, семи-, восьми- и девятилетнего возраста составила соответственно $41,7\pm 0,25\%$, $50,1\pm 0,08\%$, $46,1\pm 0,08\%$ и $25,0\pm 0,15\%$. Значимых различий в числе пломбированных зубов у детей разного возраста установлено не было ($\chi^2=4,034$; $p_{1-2,3,4}>0,05$).

Доля удалённых зубов (компонент «у») у детей шести- и восьмилетнего возраста соответственно составила $7,6\pm 6,2\%$ и $1,3\pm 2,8\%$, в то время как у семи- и девятилетних детей удалённых зубов не выявлено. У детей шестилетнего возраста компонент «у» в структуре индекса КПУ был достоверно выше ($\chi^2=12,17$; $p_{1-3,4}<0,01$), чем у детей семи-, восьми- и девятилетнего возраста.

Выводы. В результате проведенного исследования установлена высокая распространенность (100%) и высокая интенсивность (КПУ=6,4) кариеса зубов у детей с воспалительными заболеваниями челюстей в возрасте от шести до девяти лет. У всех обследованных детей в структуре индекса преобладали нелеченные зубы. У 78% детей с воспалительными заболеваниями челюстей зарегистрирован удовлетворительный и у 22% неудовлетворительный уровень гигиены полости рта.

Исходя из этого следует уделять большое внимание профилактике, своевременному и адекватному лечению кариеса и его осложнений во временных зубах, которые часто становятся причинами воспалительных заболеваний челюстей.

Библиографический список:

1. Дибцева, Т. С. Анализ одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей, находящихся на стационарном лечении / Т. С. Дибцева, Е. С. Бирюлькина, Е. П. Фирсова // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 2–1. – С. 25

2. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов: учебное пособие для вузов / А. А. Бритова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — С. 17

3. Клиническая характеристика различных вариантов течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний / И. С. Романенко [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2015. – № 6. – С. 30-33

4. Rebrova O.Yu. Statisticheskij analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa prikladnyh programm STATISTICA [Statistical analysis of medical data. Application of STATISTICA application software package]. Moscow: Media sphere. 2002; 312. [in Russian].

5. <https://www.scribd.com/document/211602448/Simplified-Oral-Hygiene-Index-Greene-and-Vermillion-1964> (дата обращения: 10.03.2021)

Полушина Л.Г., Светлакова Е.Н., Базарный В.В.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОЛИФТИНГА ПОСЛЕ LANAP В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Аннотация: в статье представлены результаты комплексного лечения хронического пародонтита на экспериментальной модели пародонтита путем сочетания LANAP и в курсе инъекций обогащенной аутоплазмы.

Ключевые слова: хронический пародонтит, лазер, плазмолифтинг.

Краткое введение. Диагностика и комплексное лечение пародонтита является актуальной проблемой стоматологии из-за широкой распространенности и интенсивности поражения тканей пародонта во всех возрастных группах. Инъекции обогащенной аутоплазмы усиливают коллагеногенез и кислородный обмен в тканях, улучшают микроциркуляцию и метаболизм, повышают местный иммунитет, в связи с чем могут быть рекомендованы в инициальной и поддерживающей терапии воспалительных заболеваний пародонта.

Цель исследования. Изучение эффективности применения инъекций обогащенной аутоплазмы в комплексном лечении пародонтита на экспериментальных животных.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2019 – 2020 году в виварии УГМУ (заведующая виварием – Стукова Н.А.), одобрено ЛЭК УГМУ 16.12.2016 г. На 12 кроликах породы Советская Шиншилла массой 2,8-3,6 кг проводили оценку эффективности ранозаживляющего действия инъекций обогащенной аутоплазмой. В исследуемой и контрольной группах под наркозом проводили моделирование экспериментального пародонтита по авторской методике (патент РФ № 2654598 от 21.05.2018 г). Затем животным под наркозом проводили процедуру LANAP с помощью высокоинтенсивного диодного лазера SiroLaser (Sirona) мощность 2,8 Вт, время воздействия в среднем составило по 10 секунд каждый на пародонтальный карман. Инъекции обогащенной аутоплазмой животным исследуемой группы проводили в технике профессора Ахмерова Р.Р. на

7, 14 и 21 сутки. Был проведен клинический осмотр и морфологическое исследование. Выведение из наблюдения животных проводили в контрольные сроки - 10, 14, 28, 35 дней.

Результаты и обсуждение. При гистологическом исследовании органов и тканей у животных, получавших инъекции обогащенной аутоплазмой, патологических изменений не выявлено. В контрольной группе животных эпителизация наступала на 10 сутки, в исследуемой - на 8 сутки. Проведенное морфологическое исследование показало, что в исследуемой группе на 28 сутки эксперимента периодонт представлен формирующимися коллагеновыми волокнами и функционально-активными фибробластами. На 35 день эксперимента после LANAP и плазмолифтинга в области корня зуба определяются структуры связочного аппарата, представленные также функционально-активными фибробластами и тонкими коллагеновыми волокнами. Полное восстановление тканей пародонта происходит на 42 сутки. В контрольной группе на 14 сутки наблюдения обнаруживается очаговая деструкция волокнистых структур связочного аппарата зуба, в перифокальных участках пародонта выражено полнокровие сосудов микроциркуляторного русла с капилляростазом, наличие сладж-комплексов. Также определяются очаговые круглоклеточные инфильтраты, признаки функциональной активности фибробластов носят очаговый характер. На гистограмме 42 суток наблюдения определяются признаки асептического воспаления: в сосудах связки капилляростаз, очаговое полнокровие, расширенные и полнокровные сосуды в мягких тканях пародонта, инфильтрация единичными лимфоидными элементами. Окончательное заживление лазерной раны и восстановление кости альвеолы происходило только к 63 дню наблюдения.

Выводы. Клиническое наблюдение подтверждает противовоспалительный и регенерирующий эффект методики, инъекционное введение обогащенной аутоплазмы в зону операции улучшает заживление мягких тканей после LANAP. Исследуемый метод стимулирует функционально-активные фибробласты и образование коллагеновых волокон, что подтверждено данными морфологического исследования.

Библиографический список:

1. Базарный В.В. Использование интегральных индексов в оценке буккальной цитогаммы в норме и при патологии полости рта / В.В. Базарный., Л.Г. Полушина, А.Ю. Максимова, Е.Н. Светлакова, Е.А. Семенцова, П.М. Нерсесян, Ю.В. Мандра // Клиническая лабораторная диагностика. – 2019. - Т.64. - №12. - С. 736-740.
2. Жегалина Н.М. Анализ эффективности применения зубной пасты с карловарской солью у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / Н.М. Жегалина Е.Н. Светлакова, О.Ю. Береснева, П.А. Жолондзиовский, А.Д. Тимербулатов // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12. - №4. – С. 17 – 22.
3. Мандра Ю.В., Абдулкеримов Х.Т., Светлакова Е. Н., Григорьев С. С., Жегалина Н. М., Семенцова Е. А., Власова М. И., Болдырев Ю. А., Котикова А. Ю., Ивашов А. С., Легких А. В., Абдулкеримов Т. Х., Диомидов И. А. Лазерные технологии. Екатеринбург, Издательский Дом «ТИРАЖ». – 2019. - изд. 1. - 140 стр. DOI: 10.18481/textbook_5e061def49d1f9.63593775 Available at: <https://dental-press.ru/ru/nauka/textbook/2740/view>
4. Полушина Л.Г. Клинико-иммунологическая характеристика пациентов с хроническим пародонтитом / Л.Г. Полушина, Е.Н. Светлакова, Ю.В. Мандра, В.В. Базарный // Медицинская иммунология. – 2017. – Т.19. - №5. – С. 193.
5. Светлакова Е.Н., Полушина Л.Г., Максимова А.Ю., Семенцова Е.А., Жегалина Н.М., Мандра Ю.В., Базарный В.В. Патент РФ 2654598. Способ моделирования экспериментального пародонтита.

Походенько-Чудакова И. О., Али Тергам Абдуламир Али

ВЛИЯНИЕ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ВОДОРОДНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Аннотация: в работе определено влияние различного числа третьих моляров на гомеостаз полости рта, оцениваемый на основании водородного показателя РЖ, у лиц с травматическим переломом нижней челюсти и без него.

Ключевые слова: третьи моляры, травматические переломы, ротовая жидкость, водородный показатель.

Введение. Вопрос о целесообразности сохранения в полости рта третьих моляров привлекает внимание исследователей на протяжении весьма длительного периода времени. Третий моляр часто является «причинным» при развитии одонтогенных инфекционно-воспалительных процессов. Ситуацию усугубляет рост показателей травматизации челюстно-лицевой области в целом и челюстных костей в частности. При этом известно, что ротовая жидкость (РЖ) – одна из перспективных биологических сред для диагностики, прогнозирования течения заболеваний, оценки эффективности лечения и динамического наблюдения за состоянием пациента, а водородный показатель (рН) РЖ – один из базовых характеристик гомеостаза полости рта. В тоже время в специальной литературе отсутствует сведения о влиянии различного числа третьих моляров в полости рта на рН РЖ как практически здоровых лиц, так и пациентов с травматическим переломом нижней челюсти. Каждый из перечисленных фактов, как и все они в совокупности свидетельствуют о необходимости и целесообразности проведения исследований в указанном направлении, подтверждают актуальность избранной темы.

Цель исследования. Определить влияние различного числа третьих моляров на гомеостаз полости рта, оцениваемый на основании водородного показателя РЖ, у лиц с травматическим переломом нижней челюсти и без него.

Материалы и методы. На клинических базах кафедры хирургической стоматологии и кафедры челюстно-лицевой хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет» и кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии УО «Витебский государственный медицинский университет» в период с 2017 по 2020 год обследовано 230 человек в возрасте от 18 до 50 лет. У каждого пациента было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании. У всех обследуемых лиц был высокий уровень интенсивности кариеса (УИК) и удовлетворительный уровень гигиены полости рта, определяемый с помощью упрощенного индекса Грина-Вермиллиона ОНI-S.

Пациенты были разделены на группы. Группу 1 составили 60 человек, в полости рта у которых не было третьих моляров. Она являлась контрольной. Группа 2 (60 человек), которые имели в полости рта 1-2 третьих моляра. Группа 3 (60 человек), которые имели в полости рта 3-4 третьих моляра. У всех обследуемых указанных групп в анамнезе отсутствовали травмы, операции, заболевания, требующие медицинской реабилитации, а в полости рта – металлические пломбы, дентальные имплантаты, ортопедические конструкции и другие факторы, способные повлиять на результат исследования. Группа 4 (25 пациентов) с травматическими неосложненными переломами нижней челюсти, у которых в полости рта не было третьих моляров. Группа 5 (25 пациентов) с травматическими неосложненными переломами нижней челюсти, у которых в полости рта присутствовали третьи моляры. У лиц 4 и 5 групп в анамнезе кроме травматического перелома нижней челюсти, в анамнезе не было травм, операций, заболеваний, требующие медицинской реабилитации, а в полости рта отсутствовали металлические пломбы, дентальные имплантаты и ортопедические конструкции.

У всех пациентов определение водородного показателя (pH) РЖ осуществляли в утренние часы при помощи аппарата «PH TDS meter». Полученные данные обрабатывали с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение. Водородный показатель в группе 1 составил 7,08 (6,99-7,12). Данные значения при влиянии критерия Краскела-Уоллиса $H=157,89$, $p=0,000$ демонстрировали статистически значимые различия: с результатами группы 2 – 6,91 (6,86-6,97), а именно $z_{1-2}=3,7$, $p<0,002$; с данными группы 3 – 6,77 (6,70-6,84), $z_{1-3}=8,1$, $p<0,000$; с данными группы 4 – 6,66 (6,48-6,72), $z_{1-4}=7,9$, $p<0,000$; с данными группы 5 – 6,19 (6,12-6,33), $z_{1-5}=10,6$, $p<0,000$.

Представленные результаты свидетельствуют, что каждая из указанных ситуаций имеет достоверные отличия от практически здоровых лиц (контроля) по данным рН ротовой жидкости.

Определены достоверные различия при сравнении результатов групп между собой: $z_{2-3}=4,5$, $p < 0,000$; $z_{2-4}=5,1$, $p < 0,000$; $z_{2-5}=7,8$, $p < 0,000$; $z_{3-5}=4,4$, $p < 0,000$. Это указывает, что находящиеся в полости рта третьи моляры отрицательно влияют на рН РЖ, в том числе и у лиц с травматическими переломами нижней челюсти, что может способствовать развитию воспалительных осложнений. Причем степень влияния увеличивается от числа третьих моляров.

Выводы. Полученные результаты указывают на нецелесообразность сохранения в полости рта третьих моляров у лиц, чей род деятельности склонен к травматическим повреждениям челюстных костей и развитию инфекционно-воспалительных осложнений.

Библиографический список:

1. Anyanechi C.E., Osunde O.D., Saheeb B.D. Complications of the use of trans-osseous wire osteosynthesis in the management of compound, unfavorable and non-comminuted mandibular angle fractures // Ghana Med. J. – 2016. – Vol. 50, № 3. – P. 172–179.
2. Брещенко Е.Е., Быков И.М. Биохимия полости рта, ротовой и десневой жидкостей: учеб.-метод. пособие. – Краснодар, 2018. – 63 с.

Походенько-Чудакова И. О., Терехова Т. Н., Ницзяти Н.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Аннотация: в работе исследована возможность определения эндогенной интоксикации у детей с ограниченными одонтогенными инфекционно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области на основании интегрального показателя тяжести и клинических признаков системного воспалительного ответа.

Ключевые слова: инфекционно-воспалительный процесс, одонтогенная инфекция, эндогенная интоксикация, системный воспалительный ответ, интегральный показатель тяжести.

Введение. По данным специальной литературы в Республике Беларусь, отмечается высокая заболеваемость детей в 5-8 летнем возрасте острым одонтогенным периоститом. Это связано с увеличением распространенности и интенсивности поражения зубов кариесом в начальном периоде смешанного прикуса, преимущественно за счет поражения временных зубов. В тоже время известно, что констатация системного воспалительного ответа (СВО) и определение интегрального индекса интоксикации (ИПТ), позволяет наиболее эффективно прогнозировать течение заболевания и персонализировать подбор лекарственных средств и методов физиотерапии. При этом в специальной литературе не имеется данных о констатации СВО у детей с одонтогенными воспалительными процессами, а сведения о прогнозировании воспалительных процессов в детском возрасте на основании ИПТ представлены только в единичных исследованиях, результаты которых поверхностны и противоречивы. Определение эндогенной интоксикации как таковой, у пациентов указанной категории с использованием упомянутых показателей не проводилось. Перечисленные факты подтверждают актуальность предпринятого исследования на текущий момент.

Цель исследования. Определить эндогенную интоксикацию у детей с ограниченными одонтогенными инфекционно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области при помощи интегрального показателя тяжести и клинических признаков системного воспалительного ответа.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись 30 детей 6-9 лет с инфекционно-воспалительными процессами (ИВП) челюстей (одонтогенный периостит, остеомиелит нижней челюсти), получавшие лечение в профильном стационаре в период с января по ноябрь 2020 года.

Было проведено комплексное обследование и лечение указанных детей.

Диагностику системного воспалительного ответа и расчет индекса интоксикации ИПТ осуществляли в строгом соответствии с руководствами по инфекционно-воспалительным процессам челюстно-лицевой области и шеи.

Статистическая обработка полученного цифрового материала проведена при помощи пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение. У детей с воспалительными заболеваниями челюстей установлено высокая интенсивность (100%) кариеса зубов. На верхней ($60\pm 11\%$) и нижней челюсти ($50\pm 9,8\%$) источником инфекции одинаково часто являлись первые временные моляры. Температура тела у 80% пациентов была субфебрильной, у 6,7% ее значения можно расценить как гиперэргические (свыше 38°C , с разницей утреннего и вечернего показателя 1°C и более). У $26,7\pm 8,1\%$ пациентов содержание лейкоцитов в периферической крови подтверждало гиперэргическую реакцию организма и в комплексе с данными о температуре тела может расцениваться как свидетельство присутствия системного воспалительного ответа, что согласуется со сведениями специальной литературы.

При этом у 27 пациентов ($90,0\pm 5,48\%$) значения индекса ИПТ находилось в пределах до 1,5 баллов, что свидетельствовало о легком течении инфекционно-воспалительного процесса и удовлетворительном прогнозе заболевания. У 3 пациентов ($10,0\pm 5,48\%$) значения индекса ИПТ находились в пределах от 1,5 до 2,5 баллов, что указывало на состояние средней степени тяжести течения ИВП и сомнительном прогнозе заболевания.

Данные, полученные при исследовании индекс ИПТ у 3 пациентов ($10,0 \pm 5,48\%$), свидетельствующие о средней степени тяжести течения ИВП и сомнительном прогнозе заболевания подтверждают необходимость персонализированного подхода к лечению у указанных лиц, что согласуется с данными Т.К. Супиева (2001). У $26,7 \pm 8,1\%$ пациентов был констатирован системный воспалительный ответ.

Выводы. Результаты проведенного исследования указывают на значимую эндогенную интоксикацию у обследуемой группы пациентов с ограниченными ИВП челюстно-лицевой области. Они подтверждают, что индекс ИПТ и клинические признаки СВО могут адекватно характеризовать уровень эндогенной интоксикации организма пациента. Это, в свою очередь, способствует наиболее точному прогнозированию развития клинической ситуации и подбору оптимального и рационального комплексного лечения для данной категории пациентов.

Библиографический список:

1. Nyvad B., Takahashi N. Integrated hypothesis of dental caries and periodontal diseases. *J. Oral Microbiol.* 2020; 12(1): 1710953. doi: 10.1080/20002297.2019.1710953
2. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. – М.: МЕДпресс, 2001. – 160 с.
3. Клиническое руководство: диагностика, прогнозирование и лечение тяжелых осложнений инфекционно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи: монография / И. О. Походенько-Чудакова [и др.]; под ред. И. О. Походенько-Чудаковой. – Минск: Изд. Центр БГУ, 2016. – 398 с.

Разилова А.В.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ТРЕВОЖНОГО РЕБЕНКА 6-12 ЛЕТ ОРТОДОНТОМ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет), Москва.

Аннотация: количество пациентов 6-12 лет, испытывающих состояние тревожности перед стоматологическим ортодонтическим вмешательством, увеличивается в наши дни, поэтому важно изучить влияние такого вида лечения на психоэмоциональную сферу пациента.

Ключевые слова: ортодонтия, тревожный ребенок 6-12 лет, микробиота ротовой полости, опросник Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко.

Тревожность детей перед стоматологическим приемом, в том числе ортодонтическим - одна из актуальных проблем практикующего врача-стоматолога и врача-ортодонта в настоящее время. Тревожность – это эмоционально заостренное ощущение предстоящей угрозы. Угрозой в понимании ребенка может быть встреча с неизвестными объектами или людьми, все то, что может вызвать негативные эмоции. Тревожные дети беспокойно ведут себя на приеме, они плачут, кричат, не выходят на контакт. Данные научной и официальной статистики здравоохранения свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья детей и подростков, увеличении количества тревожных детей.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости повышенной эмоциональной тревожности у школьников 6-12 лет на приеме у ортодонта, определить влияние тревожности на гигиену и микробиоту полости рта и обосновать организацию профилактических мероприятий для повышения качества жизни тревожных детей.

Материал и методы. На приеме у ортодонта проведено обследование 50 детям 6-12 лет. Тревожность у детей определялась по опроснику Г.П.Лаврентьевой и Т.М.Титаренко. По результатам опроса были выделены 3 группы: с высоким, средним и низким уровнем тревожности. Микрофлора зубодесневой борозды изучалась методом масс-спектрометрии микробных маркеров, который позволяет в

течение 2-3 часов определить свыше 57 различных микроорганизмов. Для выявления уровня гигиены ротовой полости проводилась оценка состояния гигиены полости рта до начала ортодонтического лечения и через 4 недели лечения с помощью пародонтального индекса гигиены полости рта Грина-Вермиллиона.

Результаты и обсуждение. Хороший уровень гигиены был у 66 (47,5%) детей из группы с низким и средним уровнем тревожности. Удовлетворительный уровень гигиены был у 45 (32,4%) детей, неудовлетворительный - у 11 (7,9%) детей из группы с высоким уровнем тревожности. Через 4 недели лечения хороший уровень гигиены был у 42 пациентов (30,2%) из группы с низким уровнем тревожности, $p < 0,05$. Удовлетворительный - у 35 детей (25,2%) из группы с низким и высоким уровнем тревожности, $p < 0,05$. Неудовлетворительный уровень гигиены был - у 62 (44,6%) детей из группы со средним и высоким уровнем тревожности, $p < 0,05$. При изучении микрофлоры у детей с неудовлетворительным уровнем гигиены определялось увеличение в 8-15 раз кариесогенной патогенной и условно-патогенной флоры, которая в таком количестве не встречается в норме.

Выводы. Современный стоматолог и ортодонт в том числе должен учитывать как характер специфической патологии, так и особенности психического состояния пациентов, а также их отношение к лечению. Ортоденту необходимо уметь выявлять тревожного ребенка до начала лечения, проводить разъяснительную психотерапевтическую беседу с ребенком и родителями. Из-за того, что многие пациенты испытывают эмоциональное напряжение, появляется необходимость специальных мероприятий, направленных на их профилактику.

Библиографический список:

1. Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций: Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 640 с.: ил. ISBN 978-5-9704-3882-4 2016г.

2. Мамедов Ад., Геппе Н. Стоматология детского возраста. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.-184 с.

Рединов И.С.

ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России, г. Ижевск

Аннотация: при обследовании 89 пациентов с дефектами зубных рядов выявлены признаки дисфункции ВНЧС у каждого второго пациента, особенно выраженные у лиц с шейным остеохондрозом.

Ключевые слова: дефекты зубных рядов, дисфункция ВНЧС.

Введение. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) занимает третье место по распространенности после кариеса и заболеваний пародонта. При этом частота встречаемости этого состояния неуклонно растет, а установить его причину, чтобы обосновать этиотропный выбор метода лечения пациента, не всегда удается.

Известно, что развитию заболевания могут способствовать окклюзионно-артикуляционные нарушения, дискоординация тонуса жевательных мышц и мышц, поддерживающих осанку человека; заболевания позвоночника и шейный остеохондроз, травмы ВНЧС и инфекционные заболевания, другие нарушения.

Цель работы. Установить частоту диагностирования признаков дисфункции ВНЧС на ортопедическом приёме врача-стоматолога и их причины.

Материал и методы. Было обследовано 89 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет с дефектами зубных рядов без учета восьмых зубов (основная группа) и 11 пациентов такого же возраста, но с сохраненными зубными рядами (группа сравнения). Дисфункцию ВНЧС определяли анкетным методом, где пациент отмечал признаки, имеющиеся у него (звуки щелканья или боли в суставе во время еды, шумы в одном или обоих ушах; напряженность, затруднение или ограничение при открывании рта; пробуждение с болями в жевательных мышцах; непроизвольное стискивание челюстей; боли в ВНЧС, жевательных мышцах после речевых и эмоциональных нагрузок; боли в плечах и шее, наличие шейного остеохондроза; нарушение осанки, физические нагрузки и эмоциональное

напряжение и стрессы). При осмотре в медицинской амбулаторной карте стоматологического больного обязательно заполняли зубную формулу с определением индекса КПУ, обращали внимание на степень открывания рта и движения нижней челюсти при открывании и закрывании рта, выявляли суперконтакты по окклюдодиаграмме с помощью восковых пластинок. Дефекты зубных рядов определяли по классификации Е.И. Гаврилова (1968). Исходя из классификации дефектов зубных рядов было рандомизировано 3 основные группы. В первую группу вошли 30 пациентов с концевыми дефектами зубных рядов, во вторую – 15 пациентов с включенными дефектами зубных рядов и в третью – 44 пациента с комбинированными дефектами. Группу сравнения составили 11 пациентов такого же возраста с сохраненными зубными рядами.

Анализ данных включал стандартные методы описательной и аналитической статистики. Для сравнения средних значений выборок использовались их стандартные отклонения и t-тест для независимых (тест Стьюдента) и зависимых выборок.

Результаты и обсуждение. Признаки дисфункции ВНЧС имеют место у 53 пациентов из 100 обследованных. При этом среди пациентов группы сравнения выявлен 1 пациент с болями в височно-нижнечелюстном суставе и жевательных мышцах после длительных речевых и эмоциональных нагрузок (9,09%), в первой основной группе выявлено 5 человек с такими же жалобами (16,6%), во второй – 2 (13,3%) и в третьей – 7 (15,9%). Статистически существенного различия между группами не установлено. Более глубокий анализ анкет позволил выявить и другие симптомы дисфункции ВНЧС (щелканье в суставе, шум в ушах и другие), в зависимости от этих жалоб из лиц с частичными дефектами зубных рядов было условно сформировано две группы: в первую вошли данные пациентов без симптомов дисфункции (45 человек), а во вторую - с признаками дисфункции ВНЧС (41 человек).

В первой группе выявлено 7 человек с суперконтактами (15,5%), шейный остеохондроз диагностирован у 19 пациентов (42,2%), изменения осанки определено у 9 человек (20,0%), повышенную физическую нагрузку в своей

повседневной жизни отмечают 25 пациентов (55,5%), а эмоциональный стресс испытывают 22 обследованных (48,8%). Во второй условной группе число таких пациентов составило, соответственно: 10 человек (24,3%, $P > 0,05$), 27 пациентов (65,8%, $t = 2,20, P < 0,05$), 5 человек (12,1%, $P > 0,05$), 16 человек (39,0%, $P > 0,05$), 22 пациента (53,6% $P > 0,05$).

Выводы. Установлено, что признаки дисфункции ВНЧС диагностируются у каждого второго пациента с дефектами зубных рядов, значительно усиливаются эти симптомы у лиц с шейным остеохондрозом.

Библиографический список:

1. Жулев, Е.Н. Распространенность заболеваний височно-нижнечелюстного сустава среди студентов нижегородских вузов / Е.Н. Жулев, Н.Г. Чекалова, П.Э. Ершов, О.А. Ершова // Медицинский альманах. 2016. №2 (42). С.166-168.

2. Баданин, В.В. Нарушение окклюзии – основной этиологический фактор в возникновении дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Баданин // Стоматология. – 2000. – № 1. – С. 51–54.

3. Саркисов К.А. К вопросу о причинно-следственных связях возникновения окклюзионно-артикуляционных дисфункций височно-нижнечелюстных суставов / К.А. Саркисов, Д.В. Михальченко, А.П. Кибкало.// Современная ортопедическая стоматология. 2016.-N 25.-С.60-61.

4. Яцук А.В., Сиволапов К.А. Анализ заболеваемости мышечно-суставного комплекса височно-нижнечелюстного сустава у жителей Кемеровской области. – Институт стоматологии. – 2019. -2. – С.16-17.

Рединова Т.Л., Прилукова Н.А., Лекомцева Ю.В.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ” (г. Ижевск), АУЗ УР “Республиканская стоматологическая поликлиника МЗ УР” (г. Ижевск)

Аннотация: за период пандемии Covid-19 обнаружено существенное увеличение пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта с иммунным и психосоматическим генезом.

Ключевые слова: пандемия Covid-19, поражения полости рта.

Введение. Е.В. Бигдай и В.О. Самойлов проанализировав литературные данные, указывают на широкую распространенность нарушений вкуса у пациентов с новой короновирусной инфекцией: гипогевзии в 47,5% случаях, дисгевзии – в 21,1%, а агевзии в 1,4-5,6% случаев. Однако зарубежные коллеги [полагают, что дисгевзия у пациентов с COVID-19 встречается даже чаще, чем anosmia – в 85,0% и 47,0% случаях, соответственно. В.В. Белопасов с соавт. считают, что значительное различие в литературных данных по выявляемости хемочувствительных расстройств (от 19,4 до 88%) у пациентов с COVID-19 зависит от качества и полноты их обследования.

Других специфических, именно для COVID-19, стоматологических симптомов, кроме дисгевзии, которая часто сопровождает anosmia, не обнаружено. Однако, отмечено, что у инфицированных пациентов зачастую развиваются состояния, обусловленные общим влиянием инфекции на организм. Этому способствуют: измененное состояние иммунного статуса человека после перенесенного заболевания, длительный прием лекарственных препаратов, психологическое состояние. У таких пациентов появляется сухость в полости рта, язвы, кандидоз, вирусные стоматиты. Кроме того, нежелательные последствия отмечаются не только у лиц, перенесших средне-тяжелое течение заболевания, но и у пациентов с легким течением короновирусной инфекции, а также у людей, не имеющих симптомов заболевания, но находящихся в условиях домашней

изоляции, способствующей появлению чувства тревоги, депрессии, страха, что также может сказаться на общем самочувствии людей и способствовать развитию стресс-обусловленных заболеваний, в частности, синдрома жжения полости рта, или стомалгии.

Цель исследования. Провести анализ структуры стоматологических заболеваний слизистой оболочки полости рта на приеме врача-стоматолога-терапевта в период пандемии COVID-19.

Материал и методы. Материалом исследования явились медицинские карты стоматологических пациентов терапевтического отделения №2 АУЗ УР “Республиканская стоматологическая поликлиника МЗ УР” г Ижевска и данные статистического отдела этой же поликлиники за шесть месяцев пандемии в 2020-2021 году (с 1 сентября 2020 г по 1 марта 2021 г) и за шесть месяцев 2019-2020 года, т.е. в те же месяцы, но когда еще не были зарегистрированы случаи заболевания в Удмуртской Республике.

Результаты и обсуждение. В результате анализа медицинских карт и статистических данных установлено, что до пандемии с жалобами на заболевания слизистой оболочки полости рта обратилось 178 пациентов, у 29 больных (16,2%) из их числа диагностированы герпетические высыпания, у 16 (8,9%) – кандидоз полости рта, у 22 (12,3%) диагностирован красный плоский лишай полости рта и у 19 (10,6%) – стомалгия. В такие же месяцы пандемии за стоматологической помощью обратилось 126 пациентов, выше указанные заболевания диагностированы, соответственно: у 27 пациентов (21,4%, $p > 0,05$), у 14 пациентов (11,1%, $p > 0,05$), у 31 обследованного (24,6%, $t = 2,79$, $p < 0,01$) и у 17 пациентов (13,4%, $p > 0,05$). Из данных видно, что число анализируемых заболеваний значительно возросло с 48,3 % до 70,6% ($t = 3,92$, $p < 0,001$). Другие заболевания диагностировались в единичных случаях и не имели значительного различия в количестве за исследуемые отрезки времени. Если учесть, что причиной вирусных и кандидозных поражений слизистой оболочки, как правило, является снижение мукозального иммунитета полости рта, а в развитии КПЛ и стомалгии не исключена роль психологического состояния человека, то увеличение выше

указанных заболеваний в период пандемии COVID-19 можно считать следствием неблагоприятных факторов данного заболевания и условий жизни, которые в этот период формируются.

Выводы. Таким образом, на основании анализа литературных данных и собственных клинических наблюдений, выявлено, что ближайшие последствия от пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, сказываются не только на иммунологическом статусе пациентов, но и на психологическом самочувствии населения в целом, способствуя обострению или возникновению заболеваний с иммунным и психосоматическим генезом, что необходимо учитывать при формировании профилактических мероприятий.

Библиографический список:

1. Бигдай Е.В., Самойлов В.О. Обонятельная дисфункция как индикатор ранней стадии заболевания COVID-19 // Интегративная физиология. – 2020. – Т. 1, №3. – С. 187-195
2. Mao L, Jin H, Wang M, et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 2020;77(6):1–9. doi: 10.1001/jamaneuro.2020.1127
3. Белопасов В.В., Яшу Я., Самойлова Е.М., Баклаушев В.П. Поражение нервной системы при COVID-19. *Клиническая практика.* 2020;11(2):60–80. doi: 10.17816/clinpract34851
4. Бачило Е.В. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-2019/ *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова,* 2020. – Т.120.- №10. – С.130-134
5. РединоваТ.Л., Глоссалгия или синдром жжения полости рта: равнозначность или различие/ И.С. Рединов, В.А. Вальков, О.А. Злобина, С.В. Кожевников // *Стоматология,* 2014. – №4. – С.15-19.

Румянцев В.А., Блинова А.В.

НОВЫЕ ЗУБОСОХРАНЯЮЩИЕ НАНОТЕХНОЛОГИИ В ЭНДОДОНТИИ

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Аннотация: в работе представлены новые методы эндодонтического лечения, основанные на нанотехнологиях и позволяющие существенно повысить его эффективность с сохранением естественных зубов. Представлена и обоснована новая парадигма эндодонтического лечения зубов, подразумевающая представление о зубе, как о наноструктурированном органе. Она основана на результатах современных электронно-микроскопических исследований, концепции биопленки и достижениях нанотехнологий.

Ключевые слова: эндодонтия, нанотехнологии.

Актуальность проблемы. Основная причина неудач в эндодонтии – это микроорганизмы, персистирующие в иррегулярной системе корневых каналов (КК) зубов и поддерживающие воспаление в периодонте. Известно, что дентин корня зуба пронизан микроскопическими дентинными трубочками (ДТ) – их насчитывается до 80000 на 1 мм² поверхности дентина, а средний диаметр составляет 500-800 нм. Одной из первых удачных попыток воздействия на скрытые в глубине корня зуба инфекционные очаги стало создание немецким профессором А. Кнаррвост комплексного ионного препарата – гидроксида меди-кальция (ГМК, Купрал®). В настоящее время продолжается активная разработка новых способов применения Купрала в повседневной практике стоматолога.

Цель исследования. Ознакомить стоматологов с новыми исследованиями гидроксида меди-кальция (Купрал®) и методами его эффективного применения в эндодонтической практике.

Материал и методы. Описательное исследование, анализ и систематизация новейшей информации.

Результаты и обсуждение. ГМК обладает выраженными и длительными противомикробными, а в глубине тканей зуба – и obturating свойствами. В

водной суспензии ГМК представлен агрегатами частиц размерами 40-60 мкм. Такие агрегаты, в свою очередь, образованы сферическими частицами с диаметром $287 \pm 23,4$ нм, образующимися путем коалесценции кристаллогидратов оксида меди (II) и оксида кальция, имеющих средний размер $12 \pm 3,2$ нм. Микроскопические размеры частиц позволяют им активно проникать в ДТ корня зуба, в том числе под влиянием электрического поля. Хронологически первая методика, предложенная А. Кнаррвост, подразумевала дозированный внутриканальный электрофорез Купрала (депофорез). При этом в КК зуба вводили пасту Купрала и активный электрод (катод). Анод размещали на слизистой щеки и с помощью специального прибора проводили до 3 процедур депофореза в дозе по $5 \text{ мА} \times \text{мин}$ с интервалами в 7-10 суток. Последними исследованиями установлено, что неизбежное выделение тепла в КК во время прохождения тока силой около 1 мА способствует коагрегации кристаллогидратов меди и кальция. Образующиеся при этом большие частицы препарата не всегда способны проникать в ДТ.

Развивая идеи А. Кнаррвост, В.А. Румянцев с соавт. (2005) усовершенствовали методику гальванофореза ГМК. Для ее реализации в КК зуба, заполненный пастой ГМК, вводятся гальванические штифты разной модификации, выполненные из двух металлов, составляющих гальваническую пару. На границе раздела металлов возникает потенциал около 0,2-0,4 В. Сила тока, не превышающая 0,1 мА, способствует сохранению дисперсности системы и проникновению наноразмерных частиц препарата в ДТ. В зависимости от индивидуальных особенностей зуба и самого пациента гальванофорез ГМК продолжается 1-4 недели. Для ускоренного консервативного лечения деструктивных форм апикального периодонтита теми же авторами предложены две новых методики применения ГМК: трансканальный эндооссальный депо- и гальванофорез препарата. При этом введение ГМК осуществляют непосредственно в периапикальную область через расширенный КК зуба. Здесь используются не только противомикробные свойства ГМК, но и его способность лизировать эпителиальную и соединительнотканную оболочки грунулем и радикулярных кист

с формированием арагоцито-кальцитной мембраны и последующим ускоренным ремоделированием костной ткани.

Еще одна новая методика, разрабатываемая в Лаборатории нанотехнологий Тверского ГМУ, позволит вовсе отказаться от применения источников тока. В 2020 году с помощью электронной микроскопии было открыто явление образования особых наноконпозиций при разведении ГМК гидрозолею наночастиц меди. Последние агрегируют вокруг кристаллогидратов оксидов меди и кальция, проникают в их поверхностные слои, проявляя при этом выраженные поверхностно-активные свойства. Обладая высокой поверхностной энергией и кинетическим потенциалом, эти наночастицы способны перемещать частицы Купрала в ДТ. А повышение при этом адгезивных характеристик Купрала позволяет добиться лучшей смачиваемости дентина и его равномерной импрегнации. Обнаруженный феномен может использоваться при разработке материалов для временного и постоянного пломбирования КК.

Выводы. Возможности использования ГМК в стоматологии еще продолжают изучаться и обещают существенно повысить эффективность традиционных протоколов эндодонтического лечения.

Библиографический список:

1. Чепурова Н.И., Романенко И.Г. Использование депофореза гидроокиси меди кальция при лечении хронического периодонтита с труднопроходимыми корневыми каналами // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2018. – Т. 24. – № 2. – С. 120.

2. Румянцев В.А., Бордина Г.Е., Ольховская А.В., Опешко В.В. Клинико-лабораторная оценка и обоснование способа гальванофореза гидроксида меди-кальция при эндодонтическом лечении апикального периодонтита // Стоматология. – 2015. – № 1. – С. 14 – 19.

3. Блинова А.В., Румянцев В.А. Нанотехнологии – реальность современной стоматологии (обзор литературы) // Эндодонтия today. – 2020. – Т. 18. – № 2. – С. 56 – 61.

Саблина С.Н., Еловикова Т.М., Григорьев С.С., Кощев А.С.

ОЦЕНКА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА Д

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург
ФГАОУ ВО Уральский федеральный университет, Екатеринбург

Аннотация: в статье проведен анализ особенностей клинического течения пародонтита у пациенток пожилого возраста с дефицитом витамина Д, проживающих в мегаполисе. Анализ результатов исследования выявил прямую корреляционную связь между показателями пародонтологического статуса у пациенток пожилого возраста с дефицитом витамина Д, особенности клинического течения и необходимость учета значений витамина Д в диагностике и комплексной терапии пародонтита у них.

Ключевые слова: дефицит витамина Д, пародонтит, пожилой возраст.

Краткое введение. Высокая распространённость хронического генерализованного пародонтита (ХГП) среди населения связана с рядом факторов риска, одним из которых является недостаток витамина Д в их организме. Современная стоматологическая практика располагает широким выбором методов и средств диагностики ХГП, однако, их применение не всегда приводит к ожидаемому результату. Особенно это актуально для женщин пожилого возраста.

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения пародонтита у пациенток пожилого возраста с дефицитом витамина Д.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на кафедре терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России: обследовано 100 лиц женского пола с ХГП средней степени тяжести, в возрасте от 55 до 65 лет. Сформировано две группы исследования по 50 человек: первую (основную) группу составили пациентки, имеющие низкий уровень – дефицит витамина Д в венозной крови. Группу сравнения – практически здоровые пациентки, имеющие физиологический уровень витамина Д. Все пациентки подписали информированное согласие на участие в данном исследовании. Пародонтологическое обследование включало сбор жалоб,

анамнеза жизни и заболевания, данные внешнего осмотра и состояния полости рта, индексная оценка: индекс гигиены полости рта (ИГ Green-Vermillion); индекс КПУ зубов; индекс РМА (Parma), как «дополнительный», характеризующий степень воспаления десны; пародонтальный индекс (ПИ, Russell). Заполнялись амбулаторные истории болезни стоматологического больного. Статистическая обработка полученных данных проведена на персональном компьютере IRU Home 225 с использованием пакета прикладных программ Statistica 7,0 и электронных таблиц и диаграмм Excel 2019. Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего ($M \pm m$). Для установления достоверности различий использовалось t-распределение Стьюдента. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. У больных первой группы по сравнению с пациентами второй группы отмечается повышение индексов гигиены в 1,65 раз (2,8 единиц и 1,7 единиц, соответственно) и КПУ зубов (19,6 и 14,5, соответственно; $p \leq 0,05$). Среднее значение РМА у больных первой группы в 1,7 раза выше, чем в группе сравнения (69,9% и 41,13%, соответственно $p \leq 0,05$). Значения ПИ составили $3,4 \pm 0,6$ единиц в первой группе, во второй – в 1,26 раз ниже. У 60% больных первой группы диагностирована патологическая подвижность зубов – I степени – в 50% случаев, II степени – в 20% случаев, тогда как у пациентов группы сравнения диагностирована патологическая подвижность зубов I степени в 30% случаев ($p \leq 0,05$). Слюноотделение у всех пациентов уменьшено: показатели сиалометрии у больных первой группы снижены до $3,75 \pm 0,1$ мл, у пациентов второй группы – до $4,15 \pm 0,05$ мл ($p \leq 0,05$).

Выводы.

1. Проведенное исследование выявило прямую корреляционную связь между показателями пародонтологического статуса у пациенток пожилого возраста с дефицитом витамина Д.
2. Диагностированы особенности клинического течения ХГП у пациенток пожилого возраста с дефицитом витамина Д.

3. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости учета значений витамина Д в диагностике и комплексной терапии пациенток с ХГП.

Библиографический список:

1. Антонова И.Н., Григорьянц А.П., Никитин В.С., Григорьянц А.А. Влияние дефицита витамина D / И.Н. Антонова, А.П. Григорьянц, В.С. Никитин А.А. Григорьянц // Медицинский совет. – 2019. – №2 – С. 166–171.

2. Еловикова Т.М., Карасева В.В., Кощев А.С. Характеристика параметров анизотропного структурообразования в смешанной слюне у пациентов со сложной челюстной патологией и хроническим пародонтитом // Бюллетень медицинской науки. 2020. № 4 (20). С. 16-19.

3. Ноговицина А.А., Лашманова Е.П., Саблина С.Н. Дефицит витамина D у молодых людей как один из факторов, приводящих к заболеваниям различных систем организма // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы V Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. – Екатеринбург. - Изд-во УГМУ.-2020.-Том 3. – С. 247-252.

4. Саблина С.Н., Еловикова Т.М., Григорьев С.С. Роль витамина D в поддержании здоровья полости рта. Литературный обзор // Проблемы стоматологии. 2020.-Т. 16.-№ 4.- С. 25-34.

5. Фирсова И.В., Заводовский Б.В., Македонова Ю.А. Взаимосвязь между статусом витамина Д и воспалительными заболеваниями пародонта у лиц, проживающих в крупном промышленном городе // Вестник ВолгГМУ. - Выпуск 3 (55). –2015.–с.21-23.

Светлакова Е.Н., Мандра Ю.В., Котикова А.Ю.

ВКЛЮЧЕНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС НА ЦИКЛЕ «ЛАЗЕРНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Аннотация: Дисциплина по выбору «Лазерные технологии», проводимая с включением дистанционных технологий, является востребованной среди студентов стоматологического факультета.

Ключевые слова: лазерные технологии, дистанционное обучение.

Краткое введение. На стоматологическом факультете УГМУ дисциплина «Лазерные технологии в стоматологии» реализуется для студентов 4 курса, для врачей-стоматологов цикл НМО «Лазерная стоматология», а также проводятся мастер-классы для студентов в ходе международных летних стажировок IADS, IFMSA. Материал, посвященный требованиям санитарно-эпидемиологического режима и физике лазерного излучения, часть лекций и тестовые задания представлены в дистанционном формате, что позволяет обеспечить качественное усвоение представленного материала слушателями.

Цель исследования. Оценка удовлетворенности организацией образовательного процесса на цикле «лазерная стоматология» с включением дистанционных технологий.

Материал и методы. Проведено анкетирование студентов стоматологического факультета и слушателей цикла НМО «Лазерная стоматология», проходивших обучение в УГМУ с 2017 по 2020 год, в исследовании приняли участие 55 человек в возрасте от 20 до 32 лет, 34 женщины и 21 мужчина. Анкета была разработана на платформе do.teleclinica.ru и включала вопросы открытого характера. На вопросы анкеты «Качество обучения» респондентам предлагалось поставить оценку по 10-ти бальной шкале-линейке, отметив только один ответ, отражающий личное мнение (от «0» - плохо, неудовлетворительно, до 10 – очень хорошо, удобно, понятно и т.д.) в зависимости от темы вопроса. Полученные данные были статистически обработаны.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования выявлено, что у $92,2 \pm 3,4\%$ респондентов оправдались ожидания получить новые знания и навыки. Уровень преподавателей (эрудиция, профессиональный кругозор, удобная форма изложения) оценен слушателями в 100% анкет на 10 баллов. Установлено, что качество учебных материалов курса: слайды, таблицы, раздаточные материалы и материалы для скачивания, оценены на $9,1 \pm 1,8$ балла. Отмечены личные качества преподавателей – кураторов цикла, такие как доброжелательность и эмоциональность на $9,6 \pm 1,1$ балла. Собственную вовлеченность в обучение респонденты оценили на $8,2 \pm 1,9$ балла, что можно интерпретировать как достаточно активное привлечение в образовательный процесс. Отношение к дистанционной форме обучения от отрицательного к необходимому в 2017 году слушатели оценили в $6,3 \pm 1,2$ балла, а в 2020 году этот показатель составил $9,2 \pm 2,0$ балла, изменение данного показателя было в первую очередь связано с особой эпидемиологической обстановкой прошлого года и с новыми требованиями к организации учебного процесса в ВУЗе. Перевод лекционного материала в онлайн формат позволяет студенту прослушать и усвоить информацию в удобное время, спланировать режим труда и отдыха. Разбор кейс задач, промежуточные контроли в виде тестов открытого и закрытого типа позволяют провести самооценку усвоения пройденного материала. Установлено что в 89% случаев респонденты считают, что модульная система обучения очень удобна (балльная система оценки от 8 до 10 баллов), в 93% случаев анкетлируемые отметили, что четко сформулированные цели программы цикла «относящиеся к делу» способствовали более осознанным занятиям по предмету. Выявлено, что в 100% случаев в 10 баллов слушатели оценили логичность и удобство изложения предоставленных материалов, аудио и визуальные средства соответствовали заявленным темам, оценка кураторами цикла была беспристрастная и справедливая, во время проведения цикла дистанционная часть обеспечивалась быстрая обратная связь. Оценка заданий и вопросов по шкале от «простых» до «самых трудных» получила $7,9 \pm 1,2$ балла. Все слушатели хотели бы и далее проходить повышение

квалификации с частичным использованием дистанционных технологий, согласились бы участвовать в вебинарах факультета.

Выводы. Проведенное исследование позволило сделать вывод, что дисциплина является актуальной и востребованной. Частичное внедрение дистанционных технологий на этапах изучения дисциплины позволяет повысить качество обучения.

Библиографический список:

1. Булгакова А.И. Оптимизация диагностики и комплексного лечения пузырчатки слизистой оболочки полости рта / А.И. Булгакова, З.Р. Хисматуллина, Г. Хамзина // *Стоматология для всех.* – 2019. - №1 (86). – С. 10 – 13.

2. Крикун Е.В. Диодный лазер в стоматологической практике / Е.В. Крикун, С.Л. Блашкова // *Казанский медицинский журнал.* – 2017. – Т. 98. - № 6. – С. 1023 – 1028.

3. Мандра Ю.В. Опыт международного сотрудничества на стоматологическом факультете УГМУ/ Ю.В. Мандра, С.Е. Жолудев, Е.Н. Светлакова, В.В. Карасева // *Проблемы стоматологии.* – 2017. – Т. 13. - № 3. – С. 100 – 104.

4. Мандра Ю.В. Экспериментальное обоснование времени экспозиции диодного лазера для коррекции повышенной чувствительности шеек зубов у пациентов с хроническим пародонтитом / Ю.В. Мандра, Н.М. Жегалина, М.И. Власова, Е.Н. Светлакова // *Пародонтология.* – 2013. – Т. 18. - №4 (69). – С. 28 – 31.

Силантьева Е. Н.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЖЕЛАТИНОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПЛЕНОК

КГМА – филиал ФГДОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Актуальность: красный плоский лишай (КПЛ) - хронический кератоз, отличающийся упорным, длительным течением, а вопросы диагностики, лечения патологии в настоящее время остаются актуальной проблемой стоматологии.

Ключевые слова: красного плоского лишая слизистой оболочки рта, желатиновые лекарственные пленки.

Актуальность проблемы. Ввиду многофакторности патогенеза заболевания лечение КПЛ представляет определенные трудности, а выбор методов и средств является проблематичным.

Перспективным направлением в комплексном лечении красного плоского лишая является применение комбинированных препаратов, обладающих обезболивающим, противомикробным, противовоспалительным свойствами. Использование таких препаратов позволяет одновременно воздействовать на различные звенья патогенеза и симптомы заболевания.

Определяющая роль в традиционной лекарственной форме принадлежит носителю, от которого зависит скорость и полнота высвобождения действующего вещества в организм, а, следовательно, степень и терапевтическая эффективность препарата. В качестве носителя лекарственных веществ используют желатин в виде лекарственных желатиновых пленок – защежных (суббукальных). Растворение обычных лекарственных веществ в желатине ведет к образованию наноструктур. В результате лекарственные пленки начинают обладать новыми свойствами лекарств, расширяются показания, сужает круг противопоказаний, уменьшает стоимость курса лечения. Желатин также оказывает гемостатическое и регенеративное действия и способен поглощать патологические экссудаты в зоне патологии.

Цель исследования. Оценка эффективности лечения больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта с использованием желатиновых лекарственных пленок, содержащих препарат «Стоматофит».

Материал и методы. Под наблюдением находилось 42 больных КПЛ (из них 29 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 42 до 65 лет. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа (контрольная) - 20 больных (у 2 была типичная, у 8- экссудативно-гиперемическая, у 7- эрозивно-язвенная, у 3 – буллезная формы КПЛ). Вторая состояла из 22 пациентов (у 3 выявили типичную, у 10 - экссудативно-гиперемическую, у 6- эрозивно-язвенную, у 3 – буллезную формы КПЛ). Первой группе лиц рекомендовали полоскания 15% раствором «Стоматофита» 3 раза в день. Курс лечения составлял 7 – 14 дней. Вторая группа применяла желатиновые лекарственные пленки (ЖЛП) со «Стоматофитом». ЖЛП наносилась на участок поражения 2-3 раза в день. При эрозивно-язвенной и буллезной форме один из 3-х приемов пленок рекомендовали перед сном, в таком случае терапевтическое действие продолжается практически в течение всей ночи.

Всем больным проводилось устранение местных раздражающих факторов, профессиональная гигиена полости рта, санация полости рта в период ремиссии. Пациентам также назначались поливитамины, десенсибилизирующие средства. Давались рекомендации по соблюдению диеты, нормализации режима питания, сна и отдыха.

Оценка стоматологического статуса пациентов проводилась по общепринятым методикам с изучением состояния вегетативной нервной системы путем постановки скарификационных дермальных проб на адреналин и гистамин. Также определялись значения рН в очаге поражения.

Результаты и обсуждение. До лечения результаты проведенных дермальных проб у больных КПЛ характеризовались нарушением тонуса вегетативной нервной системы в сторону превалирования ее симпатического отдела (реакция кожи на адреналин была в среднем $3,01 \text{ см}^2$; на гистамин – $16,82 \text{ см}^2$).

Концентрация ионов водорода в очаге поражения была повышенной и варьировалась от 5,8 до 6,5.

Благоприятный терапевтический эффект был получен у всех наблюдавшихся больных. У пациентов первой группы в течение 3-5 дней от начала лечения исчезали боли, чувство жжения и стянутости, на 10 – 14 день исчезали отек, гиперемия, сглаживался паракератотический рисунок, эрозии эпителизировались спустя 15-17 дней.

У больных второй группы пленка прочно фиксировалась на слизистой рта. Это позволяло пациенту свободно разговаривать и принимать небольшие количества жидкости, не опасаясь проглотить или смыть плёнку. Продолжительность полного растворения суббуккальных плёнок в дневное время суток была от 3 часов 50 минут до 4 часов. Улучшение после первого дня лечения отмечали 12 (54,5%) человек. У всех обследованных в течение 2-3 дней исчезли боли, чувство стянутости и жжения. На 8 – 9 день исчезали отек, гиперемия, паракератотический рисунок сглаживался. Через 10-12 дней заэпителизовались эрозии.

В процессе лечения у больных наблюдалось изменение показателей, характеризующих состояние вегетативной нервной системы, указывающие на коррекцию тонуса симпатического отдела. Показатели дермальных проб на адреналин и гистамин приближались к норме, наблюдалось снижение концентрации ионов водорода и повышение значений рН до 7,0 ($p < 0,05$).

Выводы. Препарат «Стоматофит» и желатиновые лекарственные пленки со «Стоматофитом» могут быть рекомендованы как средства выбора в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки рта. Применению желатиновых лекарственных пленок со «Стоматофитом» следует отдавать предпочтение, так как при этом уменьшается разовая и курсовая доза, сокращается число приемов препарата. Пленка удобна для больного, просто и длительно фиксируется в необходимом месте. При этом обеспечивается более длительное лечебное действие по сравнению с другими лекарственными средствами, что способствует повышению терапевтической эффективности.

Библиографический список:

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. М.: Медицинское информационное агентство, 2011.–840 с.
2. Терапевтическая стоматология: учебник в 3 ч. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки рта /под ред. Г.М. Барер. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 256 с.
3. Заболотный А.И. Силантьева Е.Н. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (клиника, диагностика, лечение) (учебное пособие для врачей). - Казань, «Участок ротопринтной печати НБ КГМА», 2018. -76 с.
4. Ананьев В.Н. Лекарственные желатиновые пленки в медицине / Ж. «Здоровье и образование в XXI веке», 2010, №1, том 12, с 48-49.
5. Ананьев В.Н. Нанотехнологическая матрица механизма действия и доставки лекарственных препаратов в виде желатиновых пленок / Ж. Фармацевтические науки, 2011, № 5, с. 5-10

Спичекова С.Ю., Адмакин О.И.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПЛОЩАДИ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФУНКЦИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ С ПОМОЩЬЮ ЦИФРОВОГО АППАРАТА T-SCAN

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Аннотация: в настоящее время врачи-стоматологии при лечении пациентов всё чаще встречаются с проявлениями парафункций в зубочелюстной системе. Чаще всего это проявляется неосознанно в виде дневного или ночного бруксизма и кленчинга. Однако достоверного легко выполнимого метода диагностики парафункций нет. Активно развивается цифровая стоматология, что открывает новые возможности для оценки окклюзионных контактов.

Ключевые слова: парафункции зубочелюстной системы, бруксизм, кленчинг, площадь окклюзионных контактов, цифровой аппарат T-scan.

Введение. Международный консенсус 2018 года определяет бруксизм как «жевательную мышечную активность, которая характеризуется как фазическая или тоническая и не является двигательным расстройством или расстройством сна у здоровых людей». На данный момент наиболее удобным и доступным методом диагностики бруксизма является изготовление индивидуальной каппы «BRUXCHECKER». Получить объективную оценку площади контактов и их глубины достаточно сложно, что требует большого количества времени и определенных мануальных навыков. Однако активное развитие цифровой стоматологии открывает новые возможности для оценки окклюзионных контактов. Одним из наиболее функциональных в данной области аппаратов, является T-scan. Он позволяет с высокой точностью проанализировать центр окклюзионной силы, индекс асимметрии максимальной окклюзионной силы и времени окклюзии. Далее полученные окклюзиограммы обрабатываются в программе Adobe Photoshop для расчета площади фасеток стирания с учетом цветовой индексации.

Цель исследования. Целью исследования является расчет площади фасеток стирания зубов у пациентов с парафункциями с помощью данных цифрового аппарата T-scan.

Материал и методы. На базе кафедры профилактики и коммунальной стоматологии Института стоматологии имени Е.В. Боровского Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовского университета) была проведена комплексная оценка окклюзии у пациентов с бруксизмом и кленчингом с помощью цифрового аппарата T-scan. В первую группу из 35 человек входили пациенты с парафункциями зубочелюстной системы, во вторую группу из 20 человек - пациенты без признаков парафункций. Основная задача компьютерной системы окклюзионного анализа T-Scan III (Tekscan Inc., South Boston, MA USA) заключалась в регистрации окклюзии каждого пациента с помощью сенсорных датчиков при сжатии челюстей в привычной окклюзии и оценке статических окклюзионных параметров: центра окклюзионной силы, индекса асимметрии максимальной окклюзионной силы и времени окклюзии. T-Scan III определил временную последовательность появления контактов, процент относительной окклюзионной силы между множественными контактными точками, затем отобразил их различными цветами, в соответствии с разной степенью силы сжатия для проведения последующего динамического анализа. Полученные окклюзиограммы загрузили в программу Adobe Photoshop (Adobe Systems, Сан-Хосе, Калифорния, США). Для оценки полученных данных окклюзионные контакты с разной степенью интенсивности были разделены на слабые, средние и сильные. В группу слабых контактов входили синий и голубой цвета, в группу средних контактов – жёлтый и зелёный, в группу сильных контактов, соответственно, фиолетовый и красный цвета. Площади фасеток стирания были измерены в мм², с расчетом 1 мм² = 112,36 пикселей (10 мм – 106 пикселей, 1мм – 10,6 пикселей, 1мм² – 112,36 пикселей). Для подсчета привычной стороны жевания и особенностей окклюзии суммировались все площади окклюзионных контактов каждого цвета справа и слева зубного ряда пациента.

Результаты и обсуждение. Средние значения суммы площадей окклюзионных контактов у пациентов с парафункциями составили 310 мм² ± 1 мм²

слева и $205 \text{ мм}^2 \pm 1 \text{ мм}^2$ справа, в группе пациентов без признаков бруксизма и кленчинга - $105 \text{ мм}^2 \pm 1 \text{ мм}^2$ и $100 \text{ мм}^2 \pm 1 \text{ мм}^2$, соответственно. Значения окклюзионных параметров правой и левой сторон у пациентов без признаков парафункций практически совпадают друг с другом, у пациентов в группе с бруксизмом и кленчингом превалируют значения левой стороны зубного ряда и параметры окклюзионных контактов значительно выше, чем у контрольной группы.

Выводы. В результате исследования мы провели достаточно точный расчет площади фасеток стирания зубов у пациентов с парафункциями с помощью цифрового аппарата T-scan. Что позволяет осуществлять скрининг и мониторинг пациентов с парафункциями.

Библиографический список:

1. The Bruxoff Device as a Screening Method for Sleep Bruxism in Dental Practice. /Saczuk K, Lapinska B // J Clin Med. – 2019.
2. Рассел Д., Кон Р. // T-scan. – 2013.
3. Медовникова Д.В. Скрининг и мониторинг пациентов с бруксизмом сна // Первый МГМУ имени И.М. Сеченова. – 2019.
4. Арутюнов С.Д., Брутян Л.А., Антоник М.М., Щербаков В.В. Новая техника расчета площади фасеток стирания зубов // [Вестник КНМУ](#). 2018. [№ 1](#). С. 530-533.

Стебелева Ю.В., Мамедов Ад.А.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА В ПЕРИОДЕ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия.

Аннотация: для повышения эффективности хирургического лечения детей с расщелиной нёба в периоде грудного возраста нами был рекомендован следующий алгоритм: госпитализация пациентов в возрасте до 1 года с выставлением диагноза по МКБ-10 и согласно клинко-анатомической классификации, операция уранопластика по методике Ад. А. Мамедова с выпрепаровкой и выделением в пределах мягкого неба *m. Palatopharyngeus*, *m. Levator veli palatine*, *m. Tensor veli palatine* с последующим сшиванием их дистальных концов между собой «стык в стык» или «внахлест» с учетом достаточности пластического материала. Спустя 6 мес. с момента операции пациентам проводится эндоскопическое исследование функции небно-глоточного кольца, имеющее особенности проведения с учетом раннего возраста и компьютерная оценка остаточного отверстия и определением степени небно-глоточной недостаточности. Логопедическое сопровождение детей, с учетом пандемии, проводится в этот же срок дистанционно и включает оценку 3-5 минутной видео- или аудиозаписи речи ребенка. Использование междисциплинарного подхода позволяет определить возможности дальнейшей реабилитации ребенка (хирургическое, логопедическое обучение), что крайне важно для обеспечения ранней речевой функции.

Ключевые слова: расщелина нёба, грудной возраст, уранопластика, эндоскопическое исследование небно-глоточного кольца.

Краткое введение. Врожденная и наследственная патология челюстно-лицевой области занимает ведущее место в детской челюстно-лицевой хирургии. Трудность хирургического лечения расщелины нёба заключается в том, что помимо устранения анатомического дефекта нёба имеется необходимость создания функции речи. От 5% до 45% пациентов все еще имеют недостаточность НГК после первичной операции, которая требует вторичной операции для улучшения

речи. Срок проведения уранопластики среди хирургов разнообразен, как и число используемых методов, что определяет необходимость научного исследования.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения детей с расщелиной неба за счет проведения операции уранопластика в периоде грудного возраста.

Материал и методы. Данное исследование было основано на опыте обследования и лечения 25 детей с диагнозом расщелина нёба. Возраст наблюдаемых нами детей составил от 3 дней до 2 лет. Всем детям был поставлен диагноз согласно клинико-анатомической классификации Ад.А. Мамедова и по МКБ-10. В дооперационном периоде все пациенты были разделены на группы, соответствующие типу расщелины неба (полная, частичная), а также согласно ширине расщелины неба (до 1,5 см, от 1,5 до 2,5 см., от 2,5 см и более). За период госпитализации всем пациентам было проведено оперативное вмешательство в объеме уранопластика по методике Ад. А. Мамедова с выпрепаровкой и выделением в пределах мягкого неба *m. Palatopharyngeus*, *m. Levator veli palatine*, *m. Tensor veli palatine* с последующим сшиванием их дистальных концов между собой «стык в стык» или «внахлест». Пациенты были разделены по группам согласно сроку проведения операции: в период новорожденности, от 1 до 3 мес., от 4 до 7 мес., от 8 до 12 мес. В раннем послеоперационном периоде производилась оценка состояния послеоперационной раны и наличие локальных дефектов; спустя 6, 12 месяцев логопедом производилась оценка речи пациента; для диагностики состояния структур НГК использовался метод трансназальной эндоскопии, использовалась программа AutoCAD24.0. Остаточная щель до 20% считалась нормой, если площадь щели составляла 20-40%, 40-60%, 60-100%, это расценивалось как нёбно-глочная недостаточность I, II, III степени соответственно.

Результаты и обсуждение. Полную расщелину шириной более 2.5 см, по нашему мнению, целесообразнее оперировать в возрасте 8-12 мес. в связи с увеличением количества пластического материала с возрастом. Частичные расщелины шириной до 2,5 см. возможно оперировать в более ранние сроки. При

оценке состояния НГН у 14 пациентов смыкание НГК было нормальным, у 8 пациентов отмечалась I степень НГН, у 2 пациентов определялась НГН II степени, у 1 ребенка – III степени.

Выводы. Используя методику уранопластики по Ад.А. Мамедову при лечении детей с расщелиной нёба различной степени тяжести в периоде грудного возраста возможно в подавляющем большинстве случаев добиться полноценного восстановления целостности нёба и как следствие, обеспечить формирование нормальной речи.

Библиографический список:

1. Супиев, Т. К. Врожденная расщелина верхней губы и нёба (этиология, патогенез, вопросы медико-социальной реабилитации) / Т. К. Супиев, Ад. А. Мамедов, Н.Г. Негаметзянов. – Алма-Аты: 2013. – 496 с.
2. Chen, P. K. Correction of secondary velopharyngeal insufficiency in cleft palate patients with the Furlow palatoplasty / P. K. Chen, J. Wu, Y. Chen // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1994. – No. 94. – Pp. 933-941.
3. Bicknell, S. Frequency of pharyngoplasty after primary repair of cleft palate / S. Bicknell, L. R. McFadden, J. B. Curran // *J. Can. Dent. Assoc.* – 2002. – No. 68. – Pp. 688-692.
4. Ад.А. Мамедов. Врожденная расщелина нёба и пути ее устранения. - М.: Детстомиздат, 1998. - 309 с.

Татаренко С.А., Бейн Б.Н., Лобастов Д.К.

АКТУАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров, ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Аннотация: проведён анализ клинико-anamнестических данных 233 пациентов, поступивших для лечения с хронической субдуральной гематомой (ХСГ). На современном этапе развития оказания нейрохирургической помощи, благодаря современным инструментальным методам исследования, произошла трансформация клинической картины у пациентов с ХСГ, в большинстве случаев не происходит развитие наиболее грозных жизнеугрожаемых симптомов. Это предрасполагает возможность малоинвазивной оперативной помощи при ХСГ.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, хроническая субдуральная гематома, диагностика

Введение. Хроническая субдуральная гематома является одной из частых нейрохирургических патологий. КТ и МРТ сделали диагностику ХСГ неинвазивной, доступной и однозначной, что заметно изменило пофазное распределение пациентов при поступлении в нейрохирургический стационар.

Цель исследования. Оценить особенности клинической картины ХСГ в современной региональной нейрохирургической клиники на современном этапе развития оказания помощи пациентам с ХСГ.

Материал и методы. Основой исследования явились первичные данные 233 пациентов с ХСГ за десятилетний период. Анализ данных осуществлялся после проведения систематизации клинических данных. Обработка данных проводилась непараметрическими методами статистического анализа.

Результаты и обсуждение. Возраст поступивших за отслеженный период пациентов составил 63 (55÷76) лет, с преобладанием мужчин в 2,8 раза. Пациентки с ХСГ были старше, чем мужчины (женщины 68 (57÷78) лет, мужчин 62 (54,75÷75,25) лет). Минимальный возраст мужчины с ХСГ был 18 лет, при этом не было ни одного случая ХСГ у женщин моложе 31 года. Среднегодовая частота

ХСГ в популяции региона составила 1,8 случая на 100 000 населения в год, со значимым ростом с каждым десятилетием жизни. Особенно драматически частота ХСГ нарастает в наиболее возрастной группе мужчин старше 71 года, достигая в ней показателя в 20,8 случаев на 100000 населения.

В анамнезе жизни из сопутствующей патологии наиболее часто отмечались заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 56,8%. Также частыми являлись нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет (11,4% больных), заболевания дыхательной системы (10,6%), патология желудочно-кишечного тракта (7,6%). Существенным по частоте являлось избыточное употребление алкогольсодержащих напитков - 15,7% больных, при этом мужчины злоупотребляли алкоголем незначительно чаще (16,9%), чем женщины (13,1%).

Средняя продолжительность периода от получения травмы до госпитализации составляла 50 дней (медиана 33 дня, минимально 3 дня, максимально – 12 месяцев). Чаще всего пациенты поступали в течение 1-х суток (23,9% поступивших) от момента развития симптоматики. При обращении у пациентов, предъявлявших жалобы, наблюдались в порядке убывания: головная боль – 62%, слабость конечностей – 30,9%, головокружение – 23,7%, нарушение сна – 15%, нарушение речи – 12,7%, общая слабость – 11%, изменение психики – 4,2%, шаткость походки – 7,6%, тошнота/рвота – 7,2%, судорожные приступы – 2,5%. В 30,5% состояние пациентов при этом расценивалось как удовлетворительное, в 44,9% – средней тяжести и в 24,6% – тяжёлое. Подавляющее большинство пациентов находилось в ясном сознании – 53,8%; у 25,9% уровень сознания расценивался как умеренное оглушение; у 7,7% – как глубокое оглушение; у 5,3% – как сопор; у 5,6% – как кома. Парезы при осмотре отмечались в 32,9% случаев. Расстройства речи отмечались у 21,5% пациентов; у больных их имевших, чаще отмечались сенсомоторная афазия (46,8%) и моторная афазия (40,3%), существенно реже дизартрии (12,9%), изолированной сенсорной афазии не было. Когнитивные нарушения были в незначимом числе случаев. По интегральной шкале МакУолдера (1981) распределение пациентов было следующим: 0 баллов – 5,1% 1 балл – 32,2%; 2 балла – 56,4%; 3 балла – 5,1%.

Таким образом, в клинической картине пациентов с ХСГ на момент госпитализации для специализированного лечения стоит отметить несколько значимых факторов: 1) наиболее часто пациенты предъявляют жалобы на головные боли и слабость конечностей, 2) центральный гемипарез является ведущим очаговым неврологическим симптомом, 3) у поступающих в настоящее время больных сознание сохранено на уровне ясного или умеренного оглушения, 4) при оценке по шкале МакУолдера наиболее часто оценка составляла 2 балла.

Выводы. С ХСГ в своей практике может столкнуться каждый специалист. В связи с этим понимание базовых неврологических симптомов в оценке неврологического статуса, настороженность при сборе травматического анамнеза важно для любого специалиста. Обоснованные консультации нейрохирурга, выполнение нейровизуализации делают возможным раннюю верификацию диагноза и выбора оптимальной тактики лечения. На настоящее время, в том числе исходя из данных нашего исследования, благодаря рутинной доступностью нейровизуализации, частота встречаемости отдельных очаговых симптомов снизилась, по сравнению с результатами исследований прошлых десятилетий. Это находит своё отражение в результативности оказания помощи больным с ХСГ, поскольку её своевременное раннее оказание предупреждает развитие грозных витальных осложнений.

Библиографический список:

1. Markwalder T.M. Chronic subdural hematomas: a review. J Neurosurg. 1981; 54: 637–45.
2. Д.К. Лобастов, С.А. Татаренко Хроническая субдуральная гематома: актуальное состояние вопроса // Медицинский альманах. - № 5 (56). – 2018. - с. 130-133
3. Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов, А.Д. Кравчук // Хроническая субдуральная гематома Consilium Medicum, 2011, №4, с. 20-29

Тунева Н.А., Богачева Н.В.

АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ПЕРИИМПЛАНТНЫХ ЗОН

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г.Киров

Аннотация: в статье представлены данные исследований субмукозальных образцов биопленки периимплантной зоны на предмет антибиотикорезистентности микробиоты к различным группам антибиотиков. В результате исследования выделены и идентифицированы многочисленные представители микрофлоры с помощью бактериологического метода и ПЦР. Проведен анализ степени резистентности микрофлоры периимплантных зон к 32 антибактериальным препаратам.

Ключевые слова: периимплантит, антибиотикорезистентность, контаминация, микрофлора периимплантной зоны.

Введение. Одной из основных причин развития периимплантита является инфицирование периимплантатных зон микроорганизмами. В числе основных медикаментов для уменьшения контаминации периимплантных зон используются антибиотики. Доля применяемых антибиотиков в стоматологии от общего количества назначаемых лекарственных средств составляет более 10%. В связи с этим возникают и остаются по-прежнему очевидными проблемы их эффективного использования. В последнее время в стоматологии большую актуальность приобретает проблема повышения резистентности микроорганизмов к антибиотикам. Причинами увеличения резистентности являются назначение препаратов при отсутствии заболевания; при наличии заболеваний, не являющихся показанием для антибиотикотерапии; использование антибиотиков в течение более длительного периода или в дозировке, не соответствующей клинической картине.

Цель исследования. Изучить антибиотикорезистентность выделенных культур микроорганизмов периимплантных зон.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 77 пациентов с периимплантитами в анамнезе – 47 женщин и 30 мужчин. Каждому из пациентов в

ходе исследования был проведен бактериологический анализ субмукозальных образцов биопленки из периимплантной зоны.

Первичный посев материала осуществляли на агар Шадлера («Pronadisa», Испания), кровяной и «шоколадный», и молочно-желточно-солевой агар на основе триптиказеино-соевого агара («Pronadisa», Испания), агар Эндо (ООО «Биотехновация», Россия), агар для выделения энтерококков («ФБУН ГНЦ ПМБ», Россия) и агар Сабуро («Pronadisa», Испания). В качестве среды накопления использовали сахарный бульон («ФБУН ГНЦ ПМБ», Россия). Идентификация выделенных культур осуществляли на бактериологическом анализаторе «Vitek2 Compact» («BioMerieux», Франция) с использованием карт «VITEK®2 GN» (идентификация ферментирующих и неферментирующих грамотрицательных бактерий), «VITEK®2 GP» (идентификация грамположительных бактерий), «VITEK®2 YST» (идентификация дрожжевых грибов и дрожжеподобных микроорганизмов), «VITEK®2 NH» (идентификация *Neisseria*, *Haemophilus* и других прихотливых грамотрицательных бактерий), «VITEK®2 ANC» (идентификация анаэробных и коринеформных бактерий).

Индикацию некультивируемых патогенов проводили молекулярно-генетическим методом, используя тест-системы для постановки ПЦР «Пародонтоскрин», ООО «ДНК технологии» (Россия).

Определение чувствительности выделенных культур к антимикробным препаратам проводили на бактериологическом анализаторе «Vitek2 Compact» («bioMerieux», Франция) с использованием карт «VITEK®2 AST-N101» (определение чувствительности грамотрицательных бактерий), «VITEK®2 AST-P580» (определение чувствительности к антимикробным препаратам *Staphylococcus* spp., *Enterococcus* spp. и *S. agalactiae*), «AST-YS01». В качестве дополнительного метода был использован диско-диффузионный метод с использованием дисков («BD BBL Sensi-Disc», США) для определения чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам.

Результаты и обсуждение. Из периимплантных зон пациентов было выделено и идентифицировано бактериологическим методом более 55 видов

микроорганизмов. Основными представителями явились: *Actinomyces* spp., *Bacteroides* spp., *Bifidobacterium* spp., *Lactobacillus* spp., *Enterococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Neisseria* spp., *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Prevotella* spp., *Propionibacterium* spp., *Rothia* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Veillonella* spp. Среди анаэробных пародонтопатогенов были выделены и идентифицированы с использованием ПЦР: *Candida albicans*, *Actinobacillus actinomicetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis*, *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*. В отношении всех выделенных микроорганизмов был проведен анализ антибиотикорезистентности, который показал 100% чувствительность микроорганизмов к амоксиклаву, цефтриаксону, цефепиму, меропенему, ванкомицину, доксициклину, тигециклину, ципрофлоксацину, нитрофурантоину. Достаточно высокая активность в отношении микроорганизмов периимплантных зон была определена у цефотаксима, она составила – 80%; у амоксициллина – 75%; у эритромицина и тейкопланина – 71%; у линезолида – 69%; у ампицилина, хлорамфеникола, тобрамицина, левофлоксацина и цефалексина – 67%.

Среди антибиотиков, к которым микрофлора периимплантных зон проявила резистентность следует отнести оксациллин и бензилпенициллин – резистентность к ним была выявлена, соответственно, в 100% и 83 % случаев; у тетрациклина и цефтибутена – в 70% и 67% случаях. Несколько меньшая резистентность микроорганизмов отмечалась в отношении моксифлоксацина, триметоприма, фосфомицина, клиндамицина, гентамицина и азитромицина. Среднее значение резистентности микроорганизмов в отношении данных антибиотиков составило 47,5 %.

Выводы. Возрастающая устойчивость микроорганизмов к антибиотикам, используемым в стоматологической практике, и результат проведенного исследования показали, что для решения проблем периимплантита оптимально проводить анализ чувствительности микробиоты. В случае отсутствия такой возможности имеет смысл назначать антибиотики показавшие в данном исследовании наибольшую активность в отношении микроорганизмов

периимплантных зон: амоксиклав, цефтриаксон, цефепим, меропенем, ванкомицин, доксициклин, тигециклин, ципрофлоксацин, нитрофурантоин.

Библиографический список:

1. Тунева Н.А. Проблемы дентальной имплантации / Н.А. Тунева, Н.В. Богачева, Ю.О. Тунева // Вятский медицинский вестник. – 2019.- №2(62).-С.86-93.
2. Marra F. Antibiotic prescribing by dentist has increased. Why? / F. Marra [et al.] // J. Am. Dent. Assoc. – 2016.-Vol. 147.-№5.-P.320-327.
3. Kohler M. Prescription of antibiotics in dental practice: a survey of dentists in Switzerland / M. Kohler [et al.] // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. – 2013.-Vol. 123.-№9.-P.748–759.

Фазилбекова Г. А., Гаффоров С. А.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра «Стоматологии, детской стоматологии и ортодонтии» Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан

Аннотация: учитывая недостаточное изучение состояния зубочелюстно-лицевого комплекса у детей с бронхиальной астмой, которая подтверждается анализом литературных источников, имеется необходимость конкретизации распространенности клинических форм аномалий и деформаций зубочелюстной системы у данного контингента. В тоже время у этих детей в периоде сменного прикуса для устранения зубочелюстной аномалии и деформации широко используют съемные и несъемные ортодонтические аппараты. Однако, все конструкции, которые применяются в настоящее время в ортодонтической практике, в той или иной степени нарушают гомеостаз, микробный пейзаж в полости рта, негативно влияют на ткани пародонта, ткани протезного ложа, на местный иммунитет и другие. Это способствует снижению барьерных свойств слизистой оболочки ротовой полости и в свою очередь, создаёт неблагоприятные условия для проведения аппаратного лечения, усиливая воздействие микрофлоры и других патогенных факторов.

Таким образом, сравнительная оценка стоматологического статуса у детей с бронхиальной астмой, изучение распространенности и структуры зубочелюстных аномалий и деформации, анализ влияния ортодонтических аппаратов на уровень функциональных и адаптационных реакций, разработка стратегии комплексного лечения зубочелюстных аномалий являются актуальными вопросами.

Ключевые слова: дети и подростки, полость рта, бронхиальная астма, зубочелюстные аномалии и деформации, диагностика, лечение, профилактика.

Цель исследования. Оценка стоматологическое состояние полости рта у детей и подростков с зубочелюстными аномалиями на фоне бронхиальной астмы.

Материалы и методы исследования. Для определения стоматологического статуса у детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой, было проведено комплексное клиническое обследование у 180 пациентов (основная группа – ОГ) возрасте, от 6 до 18 лет. При этом их разделили по возрастным группам – 6-9 лет, 10-13 лет и 14-18 лет. В процессе обследования, изучалось состояние твердых тканей зуба, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, а также частота зубочелюстных аномалий и деформаций, уровень гигиены полости рта. В контрольной группе (КГ) приняли участие 45 детей и подростков с зубочелюстными аномалиями и деформациями без соматической патологии. Для оценки функционального состояния органов и тканей полости рта и зубочелюстной системы определены гигиенические индексы: пародонтальные индексы, рН - ротовой жидкости, изучена диагностическая модель, проанализированы снимки ортопантограммы у детей и подростков.

Алгоритм клинического обследования соответствовал классической схеме и включал в себя сбор субъективных данных, истории болезни у участкового терапевта и педиатра, а также объективные методы исследований. При сборе анамнеза оценивали уровень контроля бронхиальной астмы при помощи Asthma Control Test (ACT) для детей от 4 до 11 лет. Проводили клинические функциональные пробы Эшлера-Битнера и Ильиной-Маркосян. Для постановки окончательного диагноза использовали дополнительные методы исследования: антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей, ортопантографию, телерентгенографию. Диагноз ставили в соответствии с классификацией Энгля, а также с классификацией аномалий окклюзии зубных рядов и челюстей.

В клинических исследованиях применяли индексы оценки состояния твердых тканей зубов КПз, КПп, КПУз, КПУп, индексы состояния тканей пародонта – РМА%, кровоточивость, проба Шиллера-Писарева (Ш-П), СРІТN и уровня гигиены полости рта – Silness-Loe, Stallard.

Статистическая обработка результатов выполнялась на основе принципов вариационной статистики по критериям Стьюдента с использованием

компьютерных статистических программ Statistica 8.0. Для анализа взаимосвязи между признаками применялся корреляционный анализ по Спирмену. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По полученным результатам в ходе проведения эпидемиологического обследования 225 детей и подростков, в том числе 180 с бронхиальной астмой было выявлено, что частота зубочелюстных аномалий в раннем периоде сменного прикуса (6-9 лет) составляла в среднем – 26,1%, в периоде позднего сменного прикуса (10-13 лет) – 40,5%, в завершающем этапе формирования костных тканей (14-18) - 33,3%. В контрольной группе 24,4%; 26,7%; 48,9% соответственно. Из полученных результатов КГ, у детей и подростков 14-18 летнего возраста, демонстрируют статистически недостоверные данные.

Данные ортодонтического состояния у обследованных детей и подростков демонстрируют, что в структуре зубочелюстных аномалий у обследованных ОГ, в возрастной группе 6-9 лет доминировали аномалии положения зубов (17,1%), адентию (17,1%), мезиальной окклюзии (12,8%); в возрастной группе 10-13 лет – адентия (12,3%), тремы (12,3%), диастемы (12,3%), скученность зубов (17,8), сужение челюстей (13,7), дистальная окклюзия (12,3%); в возрастной группе 14-18 лет - аномальное положение зубов (16,7%), скученность зубов (25,%), сужение челюстей (21,7%), дистальная окклюзия (20%), глубокая резцовая дисокклюзия (9,6%). В Контрольной группе возрастов 10-13 и 14-18 лет наблюдалось аномальное положение зубов (13,6), адентия (16,7; 9,1), термы (16,7; 12,3), диастемы зубов (18,2; 16,7); скученность зубов (13,6%), которые не имели соматических заболеваний, и наиболее часто выявлялись аномалии положения отдельных зубов (48,9%). В периоде позднего сменного прикуса у ОГ наблюдалось увеличение выявленных зубочелюстных аномалий, а именно аномалий положения зубов. При оценке данных клинических функциональных проб, выполненных в ходе клинического обследования у ОГ, были выявлены орофациальные дисфункции: нарушения функции дыхания, речи, глотания. У детей с бронхиальной астмой в периоде раннего сменного прикуса сочтенные

миофункциональные проблемы регистрировались в 2,5 раза чаще, чем у здоровых детей, в периоде позднего сменного прикуса – в 4 раза.

По результатам исследования также определено, что распространенность кариеса у исследуемых в периоде сменного прикуса в среднем составила – 90,4%.

Таким образом, у детей и подростков с ОГ отмечается высокая частота зубочелюстных аномалий, составляющая в среднем 26,1% в периоде раннего сменного прикуса (6-9 лет), 40,5% в периоде позднего сменного прикуса (10-13 лет), 33,3% в этапе окончательного формирования зубочелюстных систем (14-18) лет. При этом в структуре зубочелюстной аномалии преобладают скученность зубов, сужение челюстей, дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия. Также, у ОГ отмечается высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов, воспалительными изменениями в тканях пародонта, заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы.

Выводы. Анализ полученных результатов исследования указывает на необходимость углубленного изучения проблемы с целью разработки рациональных лечебно-профилактических мероприятий в комплексном ортодонтическом лечении детей с бронхиальной астмой с учетом стоматологического статуса и основного заболевания.

Библиографический список:

1. Аникиенко А. А., Панкратова Н. В., Персин Л. С. Аппаратурное ортодонтическое лечение и его подчинение физиологическим законам раздражения // М.: МИА. – 2010. – С.112.
2. Арсенина О. И., Пиксайкина К. Г. Алгоритм лечения пациентов с морфофункциональными нарушениями зубочелюстной системы с аденоидами // Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. Т. 14. №. 1. С. 38-44.
3. Куроедова В. Д., Макарова А. Н. Распространенность зубочелюстных аномалий у взрослых и доля асимметричных форм среди них // Мир медицины и биологии. – 2012. – Т. 8. – №. 4. – С. 031–035.

4. Almonaitiene R., Balcuniene I., Tutkuvienė J. Factors influencing permanent teeth eruption. Part one—general factors //Stomatologija. – 2010. – T. 12. – №. 3. – C. 67-72.

5. Thomas M. S. et al. Asthma and oral health: a review //Australian Dental Journal. – 2010. – T. 55. – №. 2. – C. 128-133.

Фалалеева Е.А. , Громова С.Н., Громов Я.П., Еликов А.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ В СВОЕМ СОСТАВЕ ДИКАЛЬЦИЙФОСФАТ ДИГИДРАТ КАК ОДИН ИЗ ДЕЙСТВУЮЩИХ КОМПОНЕНТОВ.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров

Аннотация: зубная паста, как средство гигиены полости рта должна обладать не только хорошими очищающими свойствами, но и насыщать ротовую жидкость ионами кальция и фосфора для увеличения минерализующего потенциала слюны. Слюна является коллоидной системой, в состав которой входят ионы Ca^{2+} и PO_4^{3-} находящиеся в составе мицелл и влияющие на качественные характеристики ротовой жидкости, количественное определение которых входит в задачу исследования.

Ключевые слова: гигиена полости рта, кристаллоскопия, кристаллизация слюны, биохимия полости рта.

Цель исследования. В клиническом исследовании выяснить влияние зубной пасты, содержащей в своём составе дикальцийфосфат дигидрат как один из действующих компонентов на состояние ротовой полости исследуемых, а также на изменение кристаллизации слюнной жидкости.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие студенты 3 курса стоматологического факультета Кировского ГМУ (средний возраст $23,00 \pm 1,20$ года). Осмотры и заборы проб слюны проводились на 0-ой, 10-ый и 24-ый и 38 день исследования до чистки зубов и без стимуляции. Биохимические исследования общего содержания Ca^{2+} , PO_4^{3-} и белка в составе ротовой жидкости проводилось при помощи набора реагентов «Кальций-2-ольвекс» и «ФН-Ольвекс» фотоколориметрическим способом в научной лаборатории «Кариесология». Кристаллографические исследования включали в себя изучение дегидратационной формы микропрепарата. При классической кристаллографии изменялись показатели сложности построения образовавшихся кристаллов, их количество, степень деструкции фации, а также показатель краевой зоны микропрепарата. При исследовании иницирующей кристаллоскопии изучались параметры

тезиографического индекса, кристаллизуемость фации, ее деструкции и наличие краевой зоны.

Результаты и обсуждение. Среднее значение интенсивности кариеса в данной группе составило $8,22 \pm 1,15$, средний возраст $23,00 \pm 1,20$ лет.

Положительная динамика клинических показателей свидетельствует, в первую очередь, о регулярности гигиенических мероприятий. Очищающий эффект зубной пасты, согласно индексу ИГР-У изменил свое значение с $0,89 \pm 0,13$ до $0,52 \pm 0,08$, что находится в границах нормы условно здоровых людей. Редукция индекса за период использования зубной пасты составляет 40,85%, что свидетельствует о хорошей очищающей способности исследуемого продукта и уменьшению количества зубного налета в ротовой полости исследуемых. Показатель оценки состояния периодонта – индекс РМА меняет свое значение от $6,71 \pm 0,87$ нулевого дня исследования к $4,73 \pm 0,49$ к 38 дню использования. На 29,47% снижаются показатели воспаления и кровоточивости десен. Гигиеническое состояние полости рта согласно индексу РНР улучшается на 52,21%. Так же возрастает показатель кислотоустойчивости эмали согласно ТЭР тесту. Кислотоустойчивость эмали выросла на 33,33%. Показатель электропроводности изменяет свое значение на 2,13% и не показывает существенных изменений.

Одним из главных компонентов зубной пасты является дикальцийфосфат дигидрат, являющийся источником ионов кальция и фосфора, необходимых для процессов минерализации зубной эмали и поддержания постоянства состава мицеллярного состава слюны.

Ротовая жидкость для биохимических исследований собиралась утром, натощак до чистки зубов, без стимуляции. Редукция содержания общего Ca^{2+} в слюне составила 10,20%. Содержание в ротовой жидкости общего Ca^{2+} до начала исследования составляло $1,59 \pm 0,22$ ммоль/л, к третьему этапу исследования немного понизило свое значение до $1,43 \pm 0,15$ ммоль/л что выше, чем у кариес резистентных лиц. Содержание фосфора PO_4^{3-} на начало исследования составляло $3,97 \pm 0,19$ ммоль/л и не существенно понизилось до значения $3,90 \pm 0,33$ ммоль/л что входит в пределы нормы условно здоровых людей. Незначительное понижение

уровня кальция и фосфора в ротовой жидкости исследуемых можно связать с незначительным изменением показателя электропроводимости эмали указывающим на насыщенность эмали.

Показатель рН ротовой жидкости не показывает значимых изменений, как и показатель антиоксидантной активности. В ротовой жидкости снижается содержание общего белка, редукция показателя равна 9,09%, что говорит о снижении вязкости слюны и возрастанию ее очищающего потенциала.

Согласно кристаллографическому анализу ротовой жидкости к 38 дню использования зубной пасты сложность построения кристаллов в фации выросла на 3,57%, их количество так же увеличилось на 1,07% что говорит о незначительном увеличении количества кристаллообразующих агентов в составе слюны после чистки зубов. Вместе с увеличением количества кристаллов увеличивается и степень деструктивности кристаллических образований. Если на момент начала исследования среднее значение СДФ по группе составляло $1,17 \pm 0,13$, то к завершению исследования индекс повысился до $1,53 \pm 0,19$, что составило 30,36%. Краевая зона микропрепарата уменьшилась на 52,02% что говорит об уменьшении вязкости слюны и повышении ее очищающей способности, что подтверждается биохимическими исследованиями содержания общего белка слюны.

По данным тизиографии к 38 дню использования зубной пасты тизиографический индекс снизился на 0,44%, что говорит об отсутствии разницы кристаллообразования между собственной и иницирующей кристаллоскопией. Кристаллизуемость в фации так же не существенно увеличилась на 1,27%. На 16,82% увеличилась степень деструкции микропрепарата. Белковая зона фации изменила свое значение от первого дня исследования с $0,82 \pm 0,20$ до $0,47 \pm 0,08$ последнего дня исследования, что говорит о высокой очищающей способности слюны в следствие снижения ее вязкости.

Выводы. В целом зубная паста не показала значимых изменений на кристаллизацию ротовой жидкости. Прирост количества кристаллов в течение исследования не является показательным, увеличение индекса деструкции

микропрепаратов связано с увеличением общей массы кристаллов фаций. Снижение количества белка в слюне подтверждается биохимическим исследованием и указывает на хорошую очищающую способность слюны выраженную в снижении индексов ИГР-У, РНР и РМА.

Библиографический список:

1. Громова С.Н., Фалалеева Е.А., Еликов А.В. Кристаллические свойства слюны при изменении уровня рН ротовой жидкости // Научный посыл высшей школы - реальные достижения практического здравоохранения: сборник научных трудов, посвященный 30-летию стоматологического факультета Приволжского исследовательского медицинского университета - Нижний Новгород, 2018. С. 792-794.

2. Громова С.Н. Влияние реминерализующей терапии твердых тканей зуба на кристаллогенные свойства ротовой жидкости / Громова С.Н., Мартусевич А.К., Ковалева Л.К. // СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИИ: сборник всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию Кировского государственного медицинского университета– Киров, 2017. –С. 52-54

3. Татаурова А.С., Локтина А.С., Фалалеева Е.А., Громов Я.П. Влияние уровня гигиены полости рта на биохимический состав слюны и её кристаллогенез // Молодежь и медицинская наука в XXI веке: сборник трудов XX Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. 2019. С. 336-338.

Чикарева Е.К., Оганесян А.А., Одарченко К.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА

ФГАЦУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский университет (НИУ «БелГУ»), г.Белгород

Аннотация: сложность лечения одонтогенных синуситов обусловлена широким спектром повреждающих агентов. К факторами инициирующим воспаление в верхнечелюстном синусе следует причислить: инородные тела, перфорации дна синуса, некачественное эндодонтическое лечение жевательных зубов верхней челюсти, наличие воспалительных процессов в периапикальных тканях, в том числе радикулярных кист.

Ключевые слова: хирургическая стоматология, оториноларингология, верхнечелюстной синусит.

Краткое введение. В середине сороковых годов прошлого века W. Bauer обосновал возможность развития одонтогенных синуситов. По данным литературы за 2000-2010 гг. на долю одонтогенных синуситов приходится от 13 до 86% от общего количества воспалительных заболеваний верхнечелюстного синуса. Несмотря на широкую распространённость этой нозологии до сих пор отсутствует общепринятый стандарт лечения одонтогенных синуситов как среди оториноларингологов, так и челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов. Наиболее спорными вопросами при лечении данного заболевания является: объём оперативного вмешательства, радикальность лечения и вопрос о сохранении причинного зуба.

В последние годы отдаётся предпочтение малоинвазивным методам лечения воспалительных процессов верхнечелюстной пазухе, передавая пациента на лечение стоматологу-терапевту с дальнейшей перспективой экстракции зуба, однако предлагаемые подходы лечения остаются спорными.

Учитывая тот факт, что основная часть больных страдающих хроническим одонтогенным синуситом являются трудоспособными и данное заболевание

сказывается на их трудовой и социальной деятельности, вопрос об актуальности данной проблемы становится еще острее.

Цель исследования. Проведение сравнительной оценки реабилитационного периода больных, получивших эндоскопическое и традиционное лечение рентгенологически изменённых верхнечелюстных синусов.

Материалы и методы. Статистической обработке подверглись амбулаторные карты больных, обратившихся в межрегиональный центр стоматологических инноваций при ФГАОУ ВО Белгородском государственном национальном исследовательском университете Минобрнауки России в период с 2011 по 2020 гг. (Специалистами центра оказывается амбулаторная помощь стоматологическим больным, и больным страдающим патологией ЛОР-органов).

Результаты и обсуждение. Согласно нашим данным, ежегодный прирост больных в 2011 и 2012 годах составил 3,3 и 4,1% соответственно. С 2012 по 2013 годы прирост больных с указанной патологией вырос на 5,8-7,2%. Данный прирост связан с введением в эксплуатацию ортопантомографа с функцией 3D графики Toshiba PaX – Reve 3D. Отличительной особенностью больных, принятых на лечение по поводу одонтогенного синусита, был факт полного отсутствия жалоб подразумевающих дифференциальную диагностику заболеваний верхних дыхательных путей.

Углублённое исследование массива первичной медицинской документации выявило 72 человека, у которых одонтогенный синусит сочетался с патологией полости носа. В соответствии с клинической картиной больных лечили двумя хирургическими подходами. Первую группу составил 31 больной (43,1%), которым хирургическое пособие оказано с применением оптического эндоскопа Karl Storz 7219AA. Больным санировалась полость рта, подразумевающая эндодонтическую терапию или удаление причинного зуба, коррекцию носовых ходов, обуславливающую подход к остиомеантальному комплексу, эндоскопическую санацию патологически изменённого синуса.

Во вторую – 41 больной (56,9%), они получившие классическую saniрующую операцию верхнечелюстных синусов. Этим больным в процессе

санации полости рта предоставлялось эндодонтическое пособие с целью сохранения причинного зуба, или его удаление. Выполнялась коррекция носовых ходов, затем синус санировался экстраназальным способом.

Проведённый анализ первичной медицинской документации не выявил осложнений у больных, включённых в первую группу, после операций с применением эндоскопической техники.

Во второй группе, через неделю после операционного вмешательства болезненность в области причинного синуса отмечало 19 человек (46,3%), жаловались на онемение мягких тканей в области крыла носа 22 человека (53,7%), указывали на затруднённое дыхание 15 больных (36,6%), фиксировали наличие отделяемого на стороне прооперированного синуса 16 больных (39,0%)

Выводы. Таким образом, эндоскопическая техника в сравнении с традиционным хирургическим пособием имеет ряд преимуществ, в том числе: уменьшает болезненные ощущения в послеоперационный период и облегчает протекание реабилитации в целом. Также немало важным является критерий объёма проводимой операции, где эндоскопический метод является малоинвазивным, тем самым превалируя перед классическим способом лечения хронического верхнечелюстного синусита.

Библиографический список:

1. Bauer W.H. Maxillary sinusitis of dental origin. Am J Orthod Oral Surg 1943;29:133-51.
2. Копытов А.А., Яковенко Д.М. Клинико-топографическое описание соотношения апексов зубов и дна гайморовой пазухи как анатомический аспект классификации одонтогенных гайморитов Эндодонтия Today. 2011. № 2. С. 10-16.
3. Бакотина А. В. Диагностика, лечение и профилактика верхнечелюстного синусита при восстановительных операциях на альвеолярном отростке верхней челюсти Автореф. Дисс.. канд. мед. наук. Москва 2018 25с.

Шевкунова Н.А.

ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДА

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России, г. Ижевск

Аннотация: проведен сравнительный анализ показателей иммунитета полости рта больных сахарным диабетом 2 типа (n=32) и соматически сохраненных респондентов с выраженными дефектами зубных рядов 1 и 2 классов по Кеннеди (n=29). Контрольную группу (n=24) составили пациенты с интактными зубными рядами. Установлено негативное влияние отсутствия зубов на показатели фагоцитарной активности нейтрофилов и необходимость проведения иммунокорректирующей терапии для профилактики осложнений при ортопедической стоматологической реабилитации данной категории пациентов.

Ключевые слова: иммунитет полости рта; сахарный диабет 2 типа; частичное отсутствие зубов.

Актуальность проблемы. Известно, что сахарный диабет часто сопровождается заболеваниями пародонта, которые приводят к потере зубов и увеличению числа таких пациентов на ортопедическом приеме. При течении заболеваний пародонта большое значение имеет состояние иммунитета полости рта. Гипергликемия, возникающая у больных диабетом, негативно воздействует на функцию лейкоцитов, формирующих защитный барьер от бактериальных инфекций, наблюдается угнетение фагоцитарной активности полиморфноядерных лейкоцитов, иммуноглобулина М, увеличиваются иммуноглобулины А и G, уменьшается количество лизоцима слюны.

Изменение показателей местного иммунитета больных СД2 с частичной вторичной адентией может рассматриваться как диагностический критерий при планировании противовоспалительных мероприятий в период ортопедической реабилитации.

Цель исследования. Изучить влияние отсутствия зубов на показатели местного иммунитета полости рта больных СД2

Материалы и методы. Рандомизированное клиническое исследование проведено на базе Республиканской стоматологической поликлиники г. Ижевска. Методом случайной выборки сформировано 2 группы пациентов в возрасте от 48 до 60 лет, с дефектами зубных рядов 1 и 2 классов по Кеннеди: группа наблюдения - 32 пациента с верифицированным диагнозом сахарным диабетом 2 типа и вторая - 29 соматически не отягощенных пациентов (группа сравнения). Контрольная группа (n =24) из пациентов с интактными или восстановленными несъемными конструкциями протезов зубными рядами без соматической патологии. Все группы были уравновешены между собой по полу и возрасту.

Диагностика проводилась на основании «Протокола ведения больных с частичным отсутствием зубов (частичная вторичная адентия)», при среднем числе отсутствующих зубов $5,4 \pm 2,1$. Пациенты с диабетом, заболевание у которых наблюдалось $7,9 \pm 3,4$ лет, контролировали состояние гликемии индивидуальными гликометрами, показатели в среднем фиксировались в $8,2-3,6$ моль/л.

Состояние местного иммунитета полости рта определяли в «Центре новых диагностических технологий. Медицинская лаборатория» г. Ижевска, где проводили забор материала и исследование, включающее в себя определение фагоцитарного индекса (ФИ), фагоцитарного числа (ФЧ), бактерицидности фагоцитов - НСТ тест, индекса активации нейтрофилов (ИАН).

Полученные результаты подвергались статистической обработке с использованием стандартного пакета прикладных программ «Microsoft Excel», «Statistica 6.0». Гипотезы проверялись при уровне значимости 0,05 критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных установлено, что отсутствие зубов приводит к снижению местного иммунитета, а заболевание диабетом еще более усугубляет его состояние. Так, показатели фагоцитарного индекса при диабете составляли $42,37 \pm 0,82\%$; относительно $59,35 \pm 0,73\%$ в группе сравнения и $69,12 \pm 0,95\%$ в контроле ($p < 0,01$). Наблюдалось снижение и фагоцитарного числа, которое у пациентов с диабетом было $1,7 \pm 0,01$, у соматически сохраненных пациентов - $2,5 \pm 0,03$ и в контрольной группе - $2,8 \pm 0,04$

($p < 0,05$). Бактерицидность фагоцитов - НСТ-тест при диабете наблюдалась $16,11 \pm 0,69$ %, без диабета - $23,42 \pm 0,89$ % и в группе с интактными зубными рядами - $27,28 \pm 1,18$ % ($p < 0,01$). Показатели НСТ стим. составляли: $34,09 \pm 0,76$ %; $45,93 \pm 1,97$ % и $51,96 \pm 0,85$ % соответственно ($p < 0,05$). Индекс активации нейтрофилов у больных СД2 при частичной вторичной адентии фиксировался в $0,17 \pm 0,009$, у здоровых с потерей зубов - $0,25 \pm 0,008$ ($p_{1-2} < 0,05$), а у обследуемых без дефектов зубного ряда $0,37 \pm 0,005$ ($p_{1-3} < 0,01$).

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что нарушение целостности зубных рядов вызывает ослабление местного иммунитета полости рта больных сахарным диабетом 2 типа. Снижение активности фагоцитоза, функционально-метаболической активности лейкоцитов вызывает необходимость проведения иммунокоррекции для регуляции воспалительных процессов при ортопедической стоматологической реабилитации таких больных.

Библиографический список:

1. Жирнова А.И., Щербаков А.С., Червинец Ю.В. Клинические особенности тканей полости рта у пациентов с сахарным диабетом, проходящих ортопедическое стоматологическое лечение протезами из различных конструкционных материалов // Современные проблемы науки и образования. – 2015.- № 4.-С.43-47.

2. Зырянов Б. Н., Гришечкина И. А., Андес Л. В., Головизнина А. С., Досанова Д. Е., Сейткасымов Ч. А. Стоматологические маркеры поражения полости рта при сахарном диабете 2 типа у лиц среднего возраста // Молодой ученый. – 2014.- №3.-С.178-181.

3. Спасова О.О. и др. Состояние зубочелюстной системы у больных с сахарным диабетом 2 типа в зависимости от компенсации углеводного обмена // Сибирский медицинский журнал. – 2007.- №2.-С.60-61.

4. Елкова Н.Л. Диагностика и лечение тяжелых стоматологических заболеваний на основе статистических методов и оценки иммунного статуса //

Актуальные проблемы высшего образования, теории и практики современной стоматологии. Воронеж. – 2002.-С.65-69.

5. Токмакова С.И. Коррекция местного иммунитета у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями полости рта // Проблемы стоматологии. – 2013.- №4.-С. 27-30.

6. Железникова Г. Ф. Инфекция и иммунитет: стратегии обеих сторон // Медицинская иммунология. – 2006.- №5.С.597-614.

7. ГОСТ Р 52600.7-2008. Протокол ведения больных. Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия). Издательство стандартов, Москва. – 2008.

Якуб Д.Д., Адмакин О.И., Солоп И.А., Старцева И.В.

САГИТТАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ВЗРОСЛОГО

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Институт стоматологии им. Е.В. Боровского, Москва

Аннотация: в этом клиническом случае представлен мужчина 21 года со скелетным III классом из-за дефицита верхнечелюстной кости. Пациент отказался от хирургического вмешательства, лечили с помощью Fixed anterior growth guidance appliance (FAGGA), за которым последовали быстрое небное расширение RME (Rapid Maxillary Expansion) и фиксация брекетов. FAGGA сняли через 8 месяцев. Профиль был улучшен.

Ключевые слова: FAGGA, III класс, нехирургическое лечение, сагиттальное расширение

Актуальность. Скелетная аномалия III класса - одна из самых сложных аномалий для исправления прикуса. Пациенты жалуются на эстетические параметры, проблемы со смыканием зубов из-за нарушения окклюзии. В происхождении аномалий участвует как генетический фактор, так и условия развития зубочелюстной системы после рождения. Аномалии III класса могут быть определены как лицевые, скелетные деформации, характеризующиеся ретрогнатизмом верхней челюсти, прогнатизмом нижней челюсти или их комбинацией.

Цель исследования. Исправить эстетический дефект, связанный с премаксиллярной областью; исправить неправильный прикус с помощью брекет-системы, чтобы обеспечить функциональное перекрытие.

Материалы и методы. Известно, что существует множество методов лечения, в данном случае план включал в себя коррекцию верхнечелюстной недостаточности с помощью FAGGA, коррекцию перекрестного прикуса с помощью быстрого небного расширения RME (Rapid Maxillary Expansion), коррекцию неправильного прикуса брекет-системой.

У пациента: экспозиция резцов и десны при улыбке отсутствует, есть наклон окклюзионной плоскости и небольшая асимметрия улыбки. Вогнутый профиль, поддержка верхней губы уменьшена.

Табл. 1

Цефалометрический анализ Sassouni Plus

Цефалометрические данные	Измерение	До лечения	После лечения	Норма. Спектр
Наклон верхнего резца к небной плоскости	$\angle U1 NL$	114,8°	119,8°	110°-113°
Положение верхнего резца	Upp. incisor - antArc	2.49мм	5.98мм	0мм - +3мм
Наклон верхней губы к оптической оси	$\angle Ls-SniOptic$	96°	90°	100°-115°
Положение верхней челюсти	ANS - antArc	-1мм	-1мм	-2мм - +2мм

В качестве альтернативы исправления дефицита верхней челюсти рассматривалось её хирургическое передвижение. Пациент отказался от хирургического вмешательства и выбрал ортодонтическое лечение.

Fixed anterior growth guidance appliance (FAGGA) использовался в течение 8 месяцев для коррекции дефицита премаксиллярной области (табл.1.). Аппарат состоял из двух колец на первых премолярах, двух колец для первых моляров, акрилового базиса, опирающегося на верхнюю челюсть, и вспомогательной проволоки, поддерживаемой резцами и клыками, чтобы предотвратить соскальзывание акрилового базиса. (рис.1) FAGGA был активирован добавлением раскрывающих винтовых пружин (по одной с каждой стороны) со стопорами. Пациент посещал нашу клинику один раз в месяц для активации.

Мы получили 2 мм пространства позади верхнего правого клыка и 1,5 мм пространства позади левого.

Фиксация RME проведена для коррекции перекрёстного прикуса левого бокового сегмента.



Рис. 1. Процесс лечения при постановке FAGGA. Внутриворотной латеральный, оральный, окклюзионный снимок до и после.

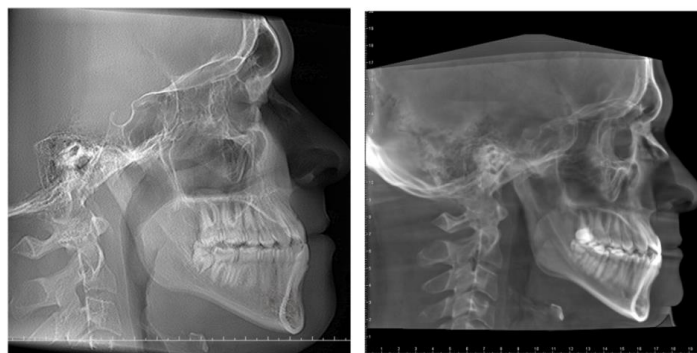


Рис. 2. ТРГ до и после лечения.

Результаты и обсуждение. Незначительные изменения в результатах цефалометрического анализа, Скелетный III класс сохранился. Профиль был улучшен, за счёт увеличения лабиализации и торка резцов верхней челюсти (табл.1).

В представленном клиническом случае речь идет о взрослом пациенте с аномалией прикуса скелетного III класса. В качестве лечения использовался Fixed anterior growth guidance appliance (FAGGA) (рис.1), потому что он может оказать значительное давление на неполноценную верхнюю челюсть и, возможно, стимулировать ее рост (рис.2). Мы можем объяснить механику создаваемой силы на премаксиллярную зону, с помощью двух открытых цилиндрических пружин с двумя стопорами и акриловым базисом, оказывающим давление. Чем более дистально расположены стопоры, тем больше будет создаваемое усилие.

Лечение продолжается с помощью RME (Rapid Maxillary Expansion) и брекет-системы, FAGGA оказал воздействие на торк и положение резцов верхней челюсти.

Спустя 8 месяцев после установки FAGGA, он был удален, далее лечение было продолжено с помощью аппарата RME (Rapid Maxillary Expansion) (быстрое расширение верхней челюсти).

Выводы. Профиль пациента улучшился в результате изменения положения верхних передних зубов в переднем направлении и увеличения их торка.

Библиографический список:

1. Kawala B, Antoszevska J, Necka A. Genetics or environment? A twin-method study of malocclusions. *World J Orthod.* 2007;8(4):405–410.
2. Персин, Л.С. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.
3. Ellis E 3rd, McNamara JA Jr. Components of adult Class III malocclusion. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:295–305.
4. Козлова А. В., Дробышев Алексей Юрьевич, Дробышева Н. С., Куракин К. А., Водахова А. А., Клипа И. А. Современные принципы планирования лечения пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов // ТМЖ. 2013. №1 (51).

Яцук А.И., Горбачева К.А.

НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИОД Фолликулярного развития у 8- ЛЕТНИХ ШКОЛЬНИКОВ Г.МИНСКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Аннотация: по данным научной литературы, в последние десятилетия во многих странах мира отмечен рост некариозных поражений твердых тканей зубов у детей. Целью исследования явилось изучение структуры некариозных поражений твердых тканей зубов, возникающих в период фолликулярного развития у 8-летних школьников г. Минска. В Минске проведено стоматологическое обследование 504 детей 8 лет, в том числе 253 ($50,20 \pm 3,14\%$) мальчиков и 251 ($49,80 \pm 3,16\%$) девочки. Выявлено, что в структуре нозологических форм некариозных поражений статистически значимо чаще ($\chi^2 = 76,26; p < 0,001$) были дети с крапчатými зубами (15,28% – 77 детей) и гипоминерализацией моляров и резцов (13,10% – 66 детей).

Ключевые слова: дети, некариозные поражения, гипоминерализация моляров и резцов, распространенность.

Введение. По данным научной литературы, в последние десятилетия во многих странах мира на фоне снижения распространенности кариеса у детей отмечается рост некариозных поражений твердых тканей зубов, увеличилось число публикаций, посвященных данной проблематике.

К некариозным поражениям относится большое число заболеваний с различной этиологией и разнообразными клиническими проявлениями.

Патрикеев В.К. (1968), согласно времени возникновения патологии, все некариозные поражения предложил разделить на две группы: возникающие в период фолликулярного развития зубов и после их прорезывания.

В Международной классификации стоматологических заболеваний (ICD-DA, 1995) некариозные поражения, возникающие в период фолликулярного развития, относятся к рубрике K00. Нарушения развития и прорезывания зубов.

Цель исследования. Изучение структуры некариозных поражений твердых тканей зубов, возникающих в период фолликулярного развития, у 8-летних школьников г. Минска.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 504 8-летних детей г. Минска, в том числе 253 (50,20±3,14%) мальчиков и 251 (49,80±3,16%) девочек. Стоматологическое обследование проводилось в соответствии с методологией ВОЗ и рекомендациями European Academy of Paediatric Dentistry (2015). В каждом из 9 административно-территориальных районов г. Минска осмотрено не менее 50 детей.

Осмотр полости рта выполняли в условиях стоматологических кабинетов школ и гимназий при искусственном освещении с помощью стандартного набора инструментов. Изучены распространенность и структура некариозных поражений. Полученные результаты обработаны в программе Statistica-10.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что у 8-летних школьников г. Минска встречалась патология, в ICD-DA (1995) отнесенная к подрубрикам K003. Крапчатые зубы и K004. Нарушения формирования зубов.

Случаев наследственных нарушений структуры зуба, изменения цвета зубов в процессе формирования среди 504 обследованных детей не диагностировано.

В структуре нозологических форм некариозных поражений статистически значительно чаще ($\chi^2=76,26$; $p<0,001$) встречались дети с крапчатыми зубами (15,28% – 77 детей) и моляро-резцовой гипоминерализацией (13,10% – 66 детей).

Гипоминерализационные дефекты, не относящиеся к моляро-резцовой гипоминерализации / гипоминерализации вторых временных моляров (10,71% – 54 школьника) зафиксированы нами статистически значительно реже, чем крапчатые зубы ($\chi^2=5,87$; $p<0,05$) и без статистических различий реже случаев моляро-резцовой гипоминерализации ($\chi^2=1,68$; $p>0,05$).

Школьники с диагнозом зуб Турнера (1,19% – 6 детей) выявлены нами статистически значительно реже детей с крапчатыми зубами ($\chi^2=75,69$; $p<0,001$) и моляро-резцовой гипоминерализацией ($\chi^2=60,34$; $p<0,001$)

Статистических различий между частотой встречаемости таких нозологических форм, как гипоплазия эмали (0,20% – 1 ребенок), пренатальная гипоплазия эмали (0,20% – 1 ребенок) и гипоминерализация вторых временных моляров (0,99% – 5 школьников) не установлено ($\chi^2=6,48$; $p>0,005$). Однако эти формы патологии выявлены статистически значительно реже вышеописанных некариозных поражений твердых тканей зубов.

У части обследованных установлено сочетание различных видов патологии.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует о том, что в структуре некариозных поражений твердых тканей зубов, возникающих в период фолликулярного развития, у 8-летних школьников г.Минска преобладают качественные, а не количественные нарушения, клинически проявляющиеся нарушением прозрачности эмали, ее помутнением. В соответствие с современными представлениями качественные нарушения являются следствием изменений во второй стадии амелогенеза – преэруптивной минерализации и созревания эмалевой протеиновой матрицы.

Библиографический список:

1. Адаптированный вариант Международной классификации болезней для применения в стоматологии: МКБ-С. 3-е изд.
2. A practical method for use in epidemiological studies on enamel hypomineralisation / A. Ghanim [et al]. – Eur Arch Paediatr Dent. – 2015. – 16: 235. – P. 246
3. Judgement criteria for molar incisor hypomineralisation (MIH) in epidemiological studies: a summary of the European meeting on MIH held in Attent, 2003 / Weerheijm K.L. [et al]. – Eur J Paediatr. – 2003. – 4: 110. – P. 113

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ
СБОРНИК ТРУДОВ ВСЕРОССИЙСКОЙ
V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
13-14 мая 2021г.**

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ: сборник трудов всероссийской научно-практической конференции с международным участием / Под ред. Л.М.Железнова, – Киров: Кировский государственный медицинский университет, 2021. – 203с.
610998, г. Киров, ул. К. Маркса, 112, тел.: (8332) 64-09-76, <http://kirovgma.ru>