



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

12

апреля
2019 года



Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2019



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

12

апреля
2018 года



Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2018

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

II международная
научно-практическая конференция

СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

12 апреля 2019 года

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2019

УДК ????
ББК ????
????

Сборник тезисов II международной научно-практической конференции «Современная детская стоматология и ортодонтия», . – СПб: Человек, 2019. – 32 с.

Научный комитет конференции:

Дроботько Л.Н. – доцент кафедры детской стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, председатель детской секции СтАР, председатель российской секции Международной ассоциации детской стоматологии (IAPD), член Европейской академии детских стоматологов (EAPD).

Ткаченко Т.Б. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, декан стоматологического факультета ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

Седнева Я.Ю. – главный детский стоматолог СПб и Северо-Западного федерального округа, главный врач ГБУЗ «Городская детская стоматологическая поликлиника №6», ассистент кафедры детской стоматологии и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

Зубкова Н.В. – к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, заведующая отделением детской стоматологии клиники стоматологии НИИ стоматологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

Климов А.Г. – к.м.н., доцент, врач-ортопед высшей категории, декан стоматологического факультета ФГБОУ ВО СПбГПМУ, заведующий кафедрой стоматологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ, главный внештатный специалист детский стоматолог Минздрава России.

Соколович Н.А. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии факультета стоматологии и медицинских технологий ФГБОУ ВО СПбГУ.

Свердлова С.В. – заведующая учебной частью кафедры стоматологии факультета стоматологии и медицинских технологий ФГБОУ ВО СПбГУ, терапевт высшей категории.

Организатор конференции:

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

Соорганизаторы конференции:

Кафедра стоматологии ФГБОУ ВО СПбГУ
Кафедра стоматологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Оргкомитет:

Издательство «Человек», Санкт-Петербург

Издательство ООО «Человек», СПб.

199004, Россия, Санкт-Петербург, Малый пр. В.О., 26, оф. 3.
Тел.: (812) 325-25-64. www.mirmed.ru. E-mail: zakaz@mirmed.ru.

Подписано в печать ??.03.19. Формат 60×90/16.
Гарнитура Мириад. Усл.-печ. л. 2. Тираж 500 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ШКОЛЬНИКАМ.....	5
с флюорозным дисколоритом зубов	
ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ.....	6
Боровая М.Л., Гулько Е.М.	
ПРИМЕНЕНИЕ АРМИРУЮЩИХ ПЛОМБ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ.....	7
Гаврилов А.Е., Гонтарь Е.А., Прядко И.В.	
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО С УДАЛЕНИЕМ И БЕЗ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ	9
Горлачёва Т.В., Терехова Т.Н.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА ПРИ ПЛАСТИКЕ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ	10
Госьков И.А., Гольдштейн Е.В.	
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ С ПОЗИЦИИ МЕДИЦИНЫ ТРУДА	10
Данилова Н.Б., Соколович Н.А., Цуркан И.В.	
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ В ПРОЦЕССЕ	
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	11
Дудник О.В., Мамедов А.А.	
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЫБОРА ТЕХНИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ В	
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИАГНОЗА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ	
БЕЛАРУСЬ).....	13
Захарова И.А., Бутвиловский А.В.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ В	
РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА	14
Каменских Д.В., Мачулина Н.А., Яковлева Е.В.	
ОБОСНОВАНИЕ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРОДОНТИЕЙ	15
Колесник К.А., Горобец О.В.	
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КОРОНКИ ЗУБА БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПУЛЬПЫ У ДЕТЕЙ.....	16
Колковская О.В., Белик Л.П.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	17
Колосова О.В., Сажина О.С.	
ВРЕМЕННЫЕ ЗАТРАТЫ ЦИФРОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОЙ	
СТОМАТОЛОГИИ	19
Кубаренко В.В.	
НИЗКАЯ ОБРАЩАЕМОСТЬ К СТОМАТОЛОГУ КАК ФАКТОР РИСКА	20
прогрессирования заболеваний периодонта у беременных женщин г. Минска	
ПРЕДХИРУРГИЧЕСКАЯ ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ДВУСТОРОННЕЙ	
РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА.....	21
Мамедов А.А., Дудник О.В., Гамулина Е.А.	
ТОЧНОСТЬ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМ, КАК ОДИН ИЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ	
УСПЕШНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	22
Мамедов А.А., Дудник О.В., Рустамова Г.Б.	
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЕЙ НА МЕТАЛЛЫ	23
Мешалкина И.В.	

РАННЕЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ RME.....	24
Симакова А.А., Федорович Е.В., Хачатурян А.В., Горбатова М.А.	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ	25
Солдатова Л.Н., Тишков Д.С., Пихур О.Л., Иорданишвили А.К.	
ОЦЕНКА РИСКА КАРИЕСА НЕЗРЕЛЫХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К РАЗНЫМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ.....	25
Терехова Т.Н., Шаковец Н.В., Мельникова Е.И., Кленовская М.И., Наумович Д.Н., Чернявская Н.Д.	
АНАЛИЗ ПРИЧИН ИСКОВЫХ ЗАЯВЛЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ ВРАЧА-ОРТОДОНТА	26
Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В.	
ОБОСНОВАНИЕ АКТУАЛИЗАЦИИ СОДЕРЖАНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРТОДОНТИЯ» С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА «ВРАЧ-ОРТОДОНТ».....	27
Толстунов Л.Г.	
ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА И ПЕРЕВЯЗКОЙ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.....	28
Чудинов А.Н., Жахбаров А.Г., Гаджиев А.Р., Бигаева У.С.,	
ПРИМЕНЕНИЕ АУТОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ СРЕДИННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ЛИЦА	29
Чудинов А.Н., Жахбаров А.Г., Абдуллатипов Г.М., Алиммирзоев Ф.А.	
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА	30
Шевелева Н.Ю., Гулиева А.Ю.	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	32

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ШКОЛЬНИКАМ С ФЛЮОРОЗНЫМ ДИСКOLORИТОМ ЗУБОВ

Беляев В.В., Беляев И.В., Гаврилова О.А.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Нарушения цвета зубов являются распространенной стоматологической патологией среди детей и подростков. Многочисленные исследования, выполненные за рубежом и в России, свидетельствуют о снижении качества жизни у индивидуумов с дентальными дисколоритами. Особую актуальность данная проблема представляет для молодых людей, постоянно проживающих в условиях повышенного содержания фторидов в питьевой воде, многие из которых имеют не только выраженные нарушения цвета, но и формы зубов. В этой связи организация своевременной и качественной стоматологической помощи пациентам с флюорозным дисколоритом эмали приобретает особое значение.

Целью исследования являлась апробация организационной модели оказания стоматологической помощи школьникам с нарушениями цвета зубов вследствие флюороза.

Материал и методы: согласно ранее проведенным сотрудниками кафедрой исследованиям (Беляев В.В. с соавт., 2005, 2013; Давыдов Б.Н. с соавт., 2010; Рябов Д.В., 2010) обеспокоенность внешним видом флюорозных зубов впервые отмечается у учащихся среднего школьного возраста (11–14 лет). В этой связи было выполнено сплошное одномоментное стоматологическое обследование 265 учащихся 12–18 лет одной общеобразовательной школы общеобразовательной школы, расположенной на территории с повышенным (до 4,2 мг/л) уровнем фторида в питьевой воде. Оценку стоматологического статуса, в том числе флюороза зубов (ФЗ), выполняли по методике ВОЗ (2013) в медицинских кабинетах учебных учреждений. Анкетирование школьников проводилось с помощью оригинального опросника, позволяющего в числе оценить готовность индивидуума к выполнению стоматологического эстетического лечения. Консультирование и лечение пациентов выполнялось в отделении стоматологии детского возраста Тверского ГМУ Минздрава России.

Предварительно от всех участников исследования были получены информированные согласия на осмотр полости рта, анкетирование, использование персональных данных.

Результаты и обсуждение: организационная модель предусматривала несколько последовательных этапов.

I этап – стоматологическое обследование учащихся.

II этап – формирование группы 1. Критерием включения в данную группу являлось наличие у школьника ФЗ любой степени тяжести.

III этап – анкетирование школьников первой группы и формирование подгрупп 2А и 2Б в зависимости от самооценки индивидуумом внешнего вида собственных зубов и необходимости выполнения стоматологического эстетического лечения. Большинство опрошенных учеников, не удовлетворенных цветом своих зубов и имеющих желание улучшить эстетику зубов, вошли в группу 2А. С данной группой в дальнейшем проводилась активная лечебно-профилактическая работа. Часть учеников, имеющих в том числе умеренные и тяжелые формы ФЗ, но не желающих улучшения внешнего вида зубов посредством стоматологического лечения, составили группу 2Б. Пациенты данной группы получили рекомендации по реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий в домашних условиях.

IV этап – консультирование пациентов группы 2А. На данном этапе выполнялось комплексное стоматологическое обследование, включающее определение уровня знаний и навыков учеников по индивидуальной гигиене полости рта. Составлялся план стоматологического лечения пациента с ФЗ, предусматривающий базовый комплекс мер первичной и вторичной профилактики (эндогенная и экзогенная реминерализация, санация полости рта, герметизация фиссур, лечение повышенной стираемости и чувствительности зубов) и эстетическое стоматологическое лечение. План лечения подробно излагался пациентам и их родителям, разъяснялись методы и возможности эстетического лечения флюорозного дисколорита зубов, вероятные осложнения. Подросткам и сопровождающим лицам демонстрировались фото и видеоматериалы этапов и результатов лечения.

V этап – стоматологическое лечение пациентов с ФЗ. В случае отказа пациента от эстетического лечения, выполнялся базовый комплекс лечебно-профилактических мероприятий. При принятии решения о выполнении эстетического лечения, применялся метод, показанный в данной клинической ситуации. Эстетическое лечение во всех случаях предвлялось базовым лечебно-профилактическим комплексом и проводилось только у пациентов

с высоким уровнем комплаенса. Использовались общепринятые методы лечения флюорозного дисколорита: при неглубоком залегании пигмента (не более 0,2 мм) – микроабразия (МА) эмали с помощью материала «Opalustre Kit» (Ultradent Products Inc.). При глубоком окрашивании, когда МА не давала желаемого результата, переходили к фрагментарному пломбированию или прямому винированию композитными материалами. В некоторых случаях методы комбинировались. Фотопротокол процесса лечения был обязательным условием.

VI этап – диспансерное наблюдение пациентов после выполненного лечения. Оценка клинической эффективности выполненного лечения осуществлялась на протяжении 36 месяцев с периодичностью посещений 2 раза в год. При показаниях выполнялись экстренное и плановое реконструктивное лечение. Абсолютное большинство пациентов в краткосрочной и среднесрочной перспективе было удовлетворено его результатами.

Предложенная и апробированная модель продемонстрировала возможность дифференцированного подхода при оказании стоматологической помощи школьникам с флюорозом зубов, достаточную организационную и медицинскую эффективность.

ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ

Боровая М.Л., Гулько Е.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Актуальность. Несмотря на активное развитие профилактики стоматологических заболеваний, пульпиты у временных зубов встречаются достаточно часто. Удельный вес пульпита у детей дошкольного возраста в структуре болезней зубов, по данным Куряжиной Н.В., составляет от 63,0 до 91,2 %.

Лечение пульпитов у детей – довольно сложная и ответственная задача, трудности заключаются в постановке диагноза и правильном выборе метода лечения. Доктор должен обладать терпением, тактом и, главное, умением общаться с детьми, поскольку ребенок испытывает страх и переносит стресс при проведении анестезии и лечении зубов.

Учитывая все вышеизложенное и в силу особенностей строения корневых каналов временных зубов, сложности их obturации, невозможности сделать диагностическую, промежуточную (с файлами) и окончательную (после пломбировки) рентгенограммы, среди всех предполагаемых методов лечения пульпитов, метод девитальной ампутации по-прежнему остается основным.

Анализ результатов лечения пульпита методом девитальной ампутации с использованием паст «Крезодент» и «Крезопат» показал, что 49,5 % зубов удаляется в течение трех лет после лечения в связи с развитием осложнения.

Поскольку перед врачом стоит задача сохранить функциональную ценность зуба до его смены, то описанная проблема требует поиска эффективных препаратов для лечения пульпитов временных зубов.

Цель: оценить эффективность лечения хронических пульпитов временных зубов методом девитальной пульпотомии с применением пасты «Canason».

Материал и методы. Нами проведено лечение хронического фиброзного пульпита 39 временных моляров у 32 детей 4–6-летнего возраста методом девитальной пульпотомии с использованием в качестве мумифицирующего препарата пасты «Canason» (VOCO, Германия), в состав которой входит: параформальдегид, гидрокортизон, декса-метазон, эвгенол, оксид цинка. Паста «Canason» обладает бактериостатическим, противовоспалительным действием, а за счет входящего в ее состав параформальдегида, и мумифицирующим.

Этапы лечения хронического фиброзного пульпита осуществляли традиционно (в два посещения): в первое посещение частично препарировали кариозную полость машинным или ручным способом, на точке вскрытия полости зуба оставляли одну из девитализирующих паст («Caustinerf pedodontik», «Depulpin», «Девит С») размером с головку бора № 5 на две недели.

Во время повторного визита при положительной динамике (отсутствии жалоб, герметичности повязки, неизменившемся цвете зуба, безболезненной перкуссии, отсутствии подвижности зуба, безболезненной пальпации по переходной складке в области проекции корней) приступали к следующему этапу лечения. Удаляли временную повязку, окончательно препарировали кариозную полость, раскрывали полость зуба, ампутировали коронковую

пульпу и пульпу из устьев корневых каналов, проводили медикаментозную обработку и высушивание. Убедившись в нежизнеспособности корневой пульпы (отсутствие болезненности при зондировании, наличие серо-белого цвета пульпы), над устьями корневых каналов оставляли пасту «Canason», затем водный дентин, прокладку из стеклоиономерного цемента и пломбу – из химиокомпозита. При неадекватном поведении ребенка пломба ставилась из стеклоиономерного цемента.

Анализ результатов лечения пульпитов временных зубов проводили через 12, 24 месяца. Критериями успешного лечения пульпита у всех детей являлось отсутствие жалоб на боль, наличие сохранности и герметизма пломб, отсутствие патологических изменений со стороны тканей периодонта.

Результаты исследования. При контрольном осмотре через 12 месяцев установлено, что критериям успешного лечения соответствуют 37 зубов – $94,8 \pm 6,24\%$ случаев. У двоих детей, в двух временных молярах, леченных по поводу хронического пульпита, выявлены осложнения. Зубы были изменены в цвете, на слизистой оболочке десны, ближе к десневому краю, обнаружены свищи, был диагностирован «хронический гранулирующий периодонтит».

Спустя 24 месяца дети и их родители жалоб на боль в ранее леченых зубах по поводу пульпита не предъявляли. Все леченые зубы выполняли свою анатомо-физиологическую функцию. Отсутствовали патологические изменения со стороны тканей периодонта. И только в 9 зубах ($24,32 \pm 6,08\%$ случаев) было зарегистрировано нарушение краевого прилегания пломб. Проведена замена пломб и продолжено динамическое наблюдение за детьми.

Таким образом, метод лечения пульпита с применением пасты «Canason» показал высокую клиническую эффективность, но для того, чтобы рекомендовать его в широкую практику, требуется более глубокое и детальное изучение.

ПРИМЕНЕНИЕ АРМИРУЮЩИХ ПЛОМБ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Гаврилов А.Е., Гонтарь Е.А., Прядко И.В.

ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, г. Донецк

В стоматологии все большее распространение получают так называемые армированные пломбы. Армирование (от лат. armo – вооружаю, снабжаю) – это усиление материала или частей конструкции элементами (арматурой) из другого прочного материала. С этой целью могут применяться металлические штифты, проволока, литые вкладки, различного рода стекловолоконные материалы и др. В последнее время армирующим конструкциям на основе стекловолокна уделяется особое значение, поскольку они обладают рядом преимуществ по сравнению с другими армирующими конструкциями.

Целью данного исследования являлась сравнительная характеристика армирования пломб на жевательных поверхностях постоянных моляров у детей.

Материал и методика исследования. С целью решения поставленной цели были набраны две группы подростков 16 лет по 20 человек в каждой группе. Индекс ТЭР в каждой группе был сравнительно одинаковый – в 1 группе $3,6 \pm 0,1$ баллов, во второй группе – $3,8 \pm 0,2$ балла. Индекс гигиены составлял 1,2 балла. У всех обследованных прикус был ортогнатический. Все обследованные были соматически здоровы. Объектом исследования служили первые моляры нижней челюсти с полостями средней глубины и разрушенной жевательной поверхностью менее 1/2. В первой группе обследованных после препаровки кариозной полости, медикаментозной обработки, высушивания и изоляции от слюны в дне кариозной полости делались пазы и вводились 2 парапульпарных шрифты. Штифты фиксировались на стеклоиономерный цемент. После протравливания и адгезивной подготовки проводилась реставрация жевательной поверхности нанопополненным фотополимерным материалом Premise фирмы Kerr. Во второй группе обследованных для армирования пломбы использовалось стекловолоконное волокно everStick. После препаровки, медикаментозной обработки и адгезивной подготовки применялась одномоментная адаптация стекловолокна в кариозной полости. Адаптация стекловолокна к поверхности зуба производится его погружением в слой непотеримизованного текучего композита и его преполимеризацией в течение 5–10 секунд. После преполимеризации эластичное волокно частично отверждалось и сохраняло приданную ему форму. После адаптации волокно закрывалось тонким слоем текучего композита с выведением его на эмаль и окончательно полимеризовалось в течение

40 секунд. После этого проводилась реставрация жевательной поверхности фотополимерным материалом Premise фирмы Kerr. После окончания реставраций во всех случаях проводилась шлифовка и полировка восстанавливаемой поверхности зуба. Наблюдения проводились в течение двух лет.

Результаты исследования. В качестве критериев армированных реставраций исследовались следующие параметры: сохранность самой реставрации, наличие сколов поверхности, нарушение краевого прилегания, степень истираемости поверхности реставрации.

В результате 2-летнего исследования установлено следующее. В двух группах сохранность реставрации составила 100%. В первой группе в 2 случаях из 20 (10%) наблюдался скол реставрации. Нарушение краевого прилегания наблюдалось в 5 случаях (40%). Истираемость жевательной поверхности практически отсутствовала.

Во второй группе сколов реставрации не наблюдалось (0%). В 1 случае наблюдалось нарушение краевого прилегания (5%). Истираемость жевательной поверхности практически отсутствовала.

Выводы. Проведенные исследования показали несомненное преобладание и эффективность армирования реставраций на жевательной поверхности моляров у детей с помощью стекловолоконных конструкций.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ В РЕГИОНЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА.

Гасанова Л.Г., Маммараева А.М., Гаджиев А.Р., Нагиева С.Э., Бигаева У.С.

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДГМУ, Республиканская детская клиническая больница, г. Махачкала

Республика Дагестан – один из южных регионов РФ. Вследствие значительного дефицита йода в биосфере, республика является регионом эндемического зоба. Результаты эпидемиологического обследования населения показали высокий уровень распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей и подростков. Несомненно, что это связано с влиянием множества факторов, в том числе дефицитом фтора, йода и других кариеc-статических микроэлементов в окружающей среде.

Целью данного исследования явилось определение клинической эффективности программы профилактики кариеса, в которой приняли участие 15-летние школьники, в том числе имеющие признаки эндемического зоба.

Материалы и методы. Проведено комплексное стоматологическое обследование 280 подростков, обучающихся в школах г. Махачкалы.

Результаты показали, что средние значения КПУ у здоровых 15-летних детей варьировали от $6,07 \pm 0,45$ до $7,35 \pm 0,58$, тогда как у школьников с признаками эндемического зоба варьировали от $6,92 \pm 0,37$ до $7,93 \pm 0,42$.

Были сформированы 2 группы по 55 человек. В первую группу включены школьники без признаков эндемического зоба, а во вторую – подростки с эндемическим зобом (находившиеся на диспансерном учете по поводу данной патологии у школьного врача-педиатра).

Программа профилактики, внедряемая на протяжении 3 лет, включала стоматологическое просвещение, гигиеническое обучение и контролируемую чистку зубов с применением фторсодержащих зубных паст, полоскание 0,2% раствором фторида натрия, очищение межзубных промежутков зубными нитями, профессиональную гигиену.

Результаты исследования. К концу третьего года проведения профилактических мероприятий прирост интенсивности кариеса поверхностей (по индексу КПУ_(н)) у подростков составил: в первой группе – $0,49 \pm 0,13$, а во второй группе – $0,78 \pm 0,21$, что в 1,6 раза больше.

Редукция прироста кариеса поверхностей была равна 78 и 56% соответственно.

Заключение. Таким образом, систематическое применение простых и доступных методов профилактики кариеса позволило значительно снизить интенсивность кариеса и улучшить уровень стоматологического здоровья у всех подростков, находившихся под наблюдением.

В то же время полученные данные подтверждают мнение, что в группах детей с признаками эндемического зоба необходимо применение препаратов йода в общем плане их комплексного лечения и с целью повышения эффективности общепринятых методов профилактики кариеса зубов.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО С УДАЛЕНИЕМ И БЕЗ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

Горлачёва Т.В., Терехова Т.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Введение. Анализ литературы по эпидемиологии зубочелюстных аномалий среди жителей стран СНГ выявил отсутствие тенденции к снижению их частоты на протяжении последних 2–3 десятилетий, несмотря на улучшение качества оказываемой стоматологической помощи. По данным ряда публикаций отмечается рост распространенности аномалий зубочелюстной системы.

В настоящее время при лечении зубочелюстных аномалий в период постоянного прикуса аппаратурное лечение часто сочетают с хирургическими вмешательствами (удалением отдельных зубов). Аппаратурное лечение, как правило, проводят с применением наиболее эффективных и современных несъемных конструкций.

Эффективность проведенного ортодонтического лечения оценивают по его длительности, стабильности, а также по стандартным методикам, используемым в ортодонтии.

Изучение времени, необходимого для лечения зубочелюстных аномалий, позволит улучшить организацию ортодонтической помощи населению.

Цель работы заключается в определении длительности лечения зубочелюстных аномалий с удалением и без удаления зубов в зависимости от их тяжести несъемной техникой.

Объекты и методы. Тяжесть зубочелюстных аномалий и длительность их лечения проанализированы у 109 пациентов-добровольцев, завершивших ортодонтическое лечение. Ортодонтическое лечение 64 пациентам проведено с удалением отдельных зубов (1-я группа) и 45 без удаления зубов (2-я группа) с применением брекет-системы. На гипсовых моделях, полученных перед началом лечения, с помощью прозрачной PAR-линейки определяли значение PAR-индекса («Peer Assessment Rating Index»), отражающего тяжесть зубочелюстной аномалии. Каждую из двух групп в зависимости от степени выраженности зубочелюстных аномалий разделили на 4 подгруппы: 1-я – при значении PAR-индекса от 14 до 19 баллов; 2-я – от 20 до 29 баллов; 3-я – от 30 до 39 баллов; 4-я – от 40 до 63 баллов.

Длительность лечения выражали в месяцах от момента установки брекет-системы до момента её снятия.

Статистический анализ проводили с помощью программного обеспечения STATISTICA SPSS (версии 12.0) для Windows, используя методы описательной статистики. Оценку достоверности различий в группах оценивали непараметрическими методами, используя критерий χ^2 . Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$, и статистически высоко значимыми при $p < 0,001$.

Результаты. Средний возраст пациентов 1-й группы составил 17,17 лет (min – 11, max – 31). Пациентов женского пола было статистически значимо ($\chi^2 = 0,6$; $p < 0,001$) больше 87,5% (56 человек), чем мужского – 12,5% (8 человек). Средний возраст пациентов 2-й группы составил 17,17 лет (min – 11, max – 31). Пациентов женского пола было статистически значимо ($\chi^2 = 10,6$; $p < 0,001$) больше 87,5% (56 человек), чем мужского – 12,5% (8 человек).

Медиана длительности ортодонтического лечения с удалением зубов составила 23,0 (18,5–33,5) месяца, без удаления – 22,0 месяца

По мере возрастания начального значения PAR-индекса несколько увеличивалась длительность лечения. Так, медиана длительности лечения пациентов 1-й группы 1-й подгруппы составила 20,5 (16,5–21,5) месяцев, 2-й подгруппы – 21,0 (18,0–34,0) месяц, 3-й подгруппы – 23,5 (18,0–32,0) месяцев и, у пациентов 4-й подгруппы – 24,0 (21,0–36,0) месяца. Медиана длительности лечения пациентов 2-й группы 1-й подгруппы составила 16,0 (14,5–17,5) месяцев, 2-й подгруппы – 20,0 (15,5–24,5) месяцев, 3-й подгруппы – 23,5 (18,0–28,0) месяцев и у пациентов 4-й подгруппы – 28,0 (23,0–38,0) месяцев.

Однако статистически достоверных различий в длительности ортодонтического лечения в группах не выявлено ($p > 0,05$). В исследуемых подгруппах с удалением зубов не выявлено статистически значимых различий длительности лечения в зависимости от тяжести зубочелюстных аномалий, в то время как в подгруппах без удаления зубов выявлены статистически значимые различия длительности лечения в зависимости от тяжести зубочелюстных аномалий ($p < 0,05$).

Заключение. В результате проведенного исследования определена средняя длительность ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий с удалением и без удаления отдельных зубов у пациентов в период постоянного

прикусу несъемной техникой. Выявлены статистически значимые различия длительности лечения пациентов с различной выраженностью зубочелюстных аномалий в группе 2, где лечение проводилось без удаления зубов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА ПРИ ПЛАСТИКЕ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ

Госьков И.А., Гольдштейн Е.В.

ГК МЕДИ, кафедра хирургической стоматологии СПб ИНСТОМ, Санкт-Петербург

Пластика уздечки языка – одна из самых распространенных хирургических операций у детей. Одним из наиболее частых показаний к проведению этой операции является нарушение звукопроизношения. Соответственно, по логопедическим показаниям эта операция проводится большинству пациентам в дошкольном периоде. В силу возрастных психологических особенностей и отсутствием достаточного уровня сотрудничества у многих детей бывает сложно обеспечить необходимое качество хирургического вмешательства. Классические хирургические методики пластики уздечки языка - поперечное рассечение уздечки по Dechaume и перемещение встречных треугольных лоскутов по Лимбергу требуют наложения швов и, в конечном итоге, требуют длительного сотрудничества с ребенком.

Среди лазерных технологий, используемых в медицине в целом и в хирургической стоматологии, наиболее распространённым и доступным является диодный лазер. Проведение пластики уздечки языка с использованием диодного лазера позволяет значительно ускорить и облегчить эту операцию, так как не требует наложения швов. Что является важным маркетинговым преимуществом, в особенности, когда речь идет о детях. Для получения оптимального результата, предупреждения склеивания ожоговых поверхностей и образования тянущих рубцов важным послеоперационным назначением будет являться миогимнастика для языка и участие логопеда в послеоперационной реабилитации.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ С ПОЗИЦИИ МЕДИЦИНЫ ТРУДА

Данилова Н.Б., Соколович Н.А., Цуркан И.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Многие врачебные специальности отличаются присущими только им профессиональными особенностями и сопряжены с воздействием на организм медперсонала неблагоприятных факторов, зависящих как от окружающей обстановки, в которой протекает деятельность, так и от характера самого труда. Особенности профессиональной деятельности врачей-стоматологов выражены наиболее ярко. Основными характеристиками профессиональной деятельности этих специалистов является качественное выполнение сложных многогранных задач лечебно-диагностической работы в условиях дефицита времени и наличия комплекса производственных факторов, негативно отражающихся на их здоровье и работоспособности.

В исследованиях проведенных специалистами Роспотребнадзора в Санкт-Петербурге среди медицинских работников был определен в усредненных цифрах относительный уровень профессиональной заболеваемости. Среди медсестер он оказался равным 1,0 случаю профессиональной заболеваемости на 1000 работающих, среди врачей в целом – 0,5 случая на 10000. Однако среди стоматологов он составил 2,0.

В комплекс факторов, формирующихся в условиях современного стоматологического приема, отрицательно сказывающийся на состоянии здоровья врачей входят:

- вынужденная рабочая поза;
- длительное сосредоточенное наблюдение и увеличение нагрузки на зрительный анализатор в условиях нерационального естественного и искусственного освещения;
- воздействие шума и локальной вибрации при работе на стоматологическим оборудованием;

- неблагоприятные параметры микроклимата во многих стоматологических кабинетах;
- контакт с химическими факторами производственной среды, многие из которых не имеют гигиенических нормативов для воздуха рабочей зоны и по их кожно-резорбтивному действию, а также являются сильнейшими аллергенами.

- воздействие профессионального стресса и некоторые другие. Их сочетанное воздействие приводит к более высокому уровню заболеваемости врачей-стоматологов по сравнению с другими специалистами-медиками.

Еще более тревожная ситуация складывается в связи с изучением данного вопроса у молодых специалистов, стаж работы которых менее 3 лет, и студентов, проходящих обучение по специальности стоматология. В ходе проведенного в 2018 году социологического опроса студентов стоматологических факультетов ВУЗов г. Санкт-Петербурга, было выявлено, что у 51 % студентов в программе обучения был цикл лекций, посвященных организации труда врачей-стоматологов. Из них 12% усвоили данную информацию на отлично, 19,2% – хорошо, 19,8% - удовлетворительно. У 48% студентов данного цикла в образовательной программе не было. Из них 2% заинтересованы в получении информации на данную тему, а 45% не заинтересованы в повышении уровня своих знаний по данному вопросу. 1% респондентов отметили, что самостоятельно изучают данные вопросы.

Оценивают свой уровень знаний и практических навыков по предотвращению распространения и заражения инфекционными заболеваниями на высоком уровне 21,5% опрошенных студентов, на среднем уровне – 48,7%, на низком уровне – 16,4%, затрудняются дать ответ на данный вопрос 13,4% респондентов.

Для минимизации воздействия вредных и опасных факторов во время рабочего процесса на здоровье, 50% врачей-стоматологов частично выполняют все установленные правила из-за недостатка времени или знаний; 20% не всегда выполняют требования, даже при наличии достаточного количества времени, 25% выполняют все установленные правила, 5% затрудняются ответить на данный вопрос.

Все это еще раз подчеркивает сложность работы врачей-стоматологов и свидетельствует о необходимости разработки и внедрения в практическую деятельность врачей комплексов медико-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития процессов производственного утомления, возникновения профессионально-обусловленных заболеваний, сохранение работоспособности и творческой энергии врача, что в конечном итоге скажется на высоком качестве результатов лечебной работы.

Обязательным элементом системы образования будущих специалистов стоматологического профиля должно быть формирование мышления о сохранении собственного здоровья. Отсутствие данного элемента может привести к низкому уровню мотивации или вовсе ее отсутствию в будущей практической деятельности, связанной с постоянной физической, психо-эмоциональной нагрузками и риском инфицирования специалиста. Осознание вредных и опасных факторов во время трудового процесса позволяет вовремя организовать и выработать правильные меры профилактики профессиональных заболеваний.

Данный элемент активно внедряется в систему образования молодых специалистов на кафедре стоматологии Санкт-Петербургского государственного университета. Ежегодно заинтересованность и мотивированность студентов и молодых специалистов в данном аспекте возрастает, что отражается в проводимых исследованиях, дипломных и научных работах, освещающих вопросы профессиональной деятельности врачей-стоматологов с позиции медицины труда.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Дудник О.В., Мамедов А.А.

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

Особенности строения зубных рядов и костей лицевого черепа, диагностика и лечение патологий зубочелюстных аномалий изучены достаточно подробно (Хорошилкина Ф.Я., 2011; Арсенина О.И., 2012; Персин Л.С., 2013), однако сведения о критериях окончания ортодонтического лечения немногочисленны и противоречивы.

Цель. Повышение эффективности лечения пациентов со скученным положением зубов, путём применения на этапе юстировки дополнительных методов диагностики.

Материалы и методы. При выполнении исследования было обследовано 58 пациентов в возрасте от 14 до 35 лет, из них 32 пациента были включены в лечебную группу и разделены на две группы по 16 человек. Всем пациентам проводилось ортодонтическое лечение с использованием брекет-системы активного самолигирования техники прямой дуги, с применением на этапе юстировки антропометрической системы количественной оценки (The ABO Model Grading System), разработанной Американским Обществом Ортодонтов (The American Board of Orthodontics). Измерения проводили по следующим показателям: выравнивание коронок фронтальных зубов в вестибуло-оральном направлении; выравнивание коронок боковых зубов в вестибуло-оральном направлении; выравнивание краевых гребней боковых зубов в вертикальном направлении; выравнивание щечно-язычного наклона боковых зубов; корректные окклюзионные контакты в боковых отделах; корректные окклюзионные соотношения в боковых отделах; корректные межзубные контакты.

Пациенты, у которых проводилось лечение с применением общепринятого протокола ортодонтического лечения, нами были отнесены в первую группу. Вторую группу составили пациенты, которым проводилась повторная перефиксация брекетов методом непрямого бондинга в начале этапа юстировки, после проведения антропометрических измерений по методике ABO.

Результаты. При проведении антропометрического исследования в начале этапа юстировки по системе ABO в 1-й и 2-й группах, были выявлены следующие показатели процентного соотношения ошибок: нарушение положение коронок боковых зубов в вестибуло-оральном направлении (ротация) (93,75%); нарушение соотношения краевых гребней боковых зубов в вертикальном направлении (56,25%); нарушение щечно-язычного наклона боковых зубов (75%); нарушение окклюзионных контактов в боковых отделах (81,25%). Оценка эффективности ортодонтического лечения по системе ABO в конце этапа юстировки показала в обеих группах статистически значимое снижение количественных показателей ошибок, однако следует отметить, в конце завершающего этапа лечения ошибка выравнивания коронок боковых зубов в вестибуло-оральном направлении и корректность щечно-язычного наклона боковых зубов в группе 2 были значимо ниже по сравнению с группой 1 ($p = 0,002248$; $p = 0,023431$ соответственно). Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнение критериев ортодонтического лечения (система ABO) в 1-й и 2-й группах в конце завершающего этапа лечения

Показатель	1-я группа		2-я группа		Критерий Манна-Уитни	p
	M	σ	M	σ		
Выравнивание коронок боковых зубов в вестибуло-оральном направлении	1,34375	0,831039	0,4375	0,512348	49,5	0,002248
Достижение корректного щечно-язычного наклона боковых зубов	0,5625	0,629153	0,03125	0,125	68	0,023431

Выводы. Таким образом, можно заключить, что проведение лечения пациентов со скудным положением зубов, с применением на завершающем этапе антропометрической системы количественной оценки ABO, с последующей перефиксацией некорректно расположенных брекетов методом непрямого бондинга, способствует снижению возникновения окклюзионных интерференций и достижению точного и стабильного результата ортодонтического лечения.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЫБОРА ТЕХНИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИАГНОЗА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ)

Захарова И.А., Бутвиловский А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Пациенты любого возраста, посещая врачей-стоматологов, ожидают безопасное и комфортное лечение. Большинство стоматологических манипуляций болезненны, если они проводятся без адекватного обезболивания и приводят к развитию дентофобии.

В настоящее время в арсенале врачей-стоматологов имеются современные местные анестетики с высокой анестезирующей активностью, низкой токсичностью и высокой диффузионной способностью.

В результате практические врачи-стоматологи имеют возможность применять простые и безопасные способы обезболивания как при лечении детей, так и взрослых.

Внедрение в практику современных местных анестетиков позволяет:

- повысить уровень и эффективность оказываемой стоматологической помощи;
- обеспечить возможность выбора обезболивания и объема вводимого местного анестетика в зависимости от стоматологического диагноза, групповой принадлежности зуба, возраста, веса пациента и сопутствующих заболеваний.

Цель исследования: дать характеристику особенностям применения местного обезболивания в зависимости от диагноза и групповой принадлежности зубов стоматологами Республики Беларусь.

Материалы и методы: проведено анонимное анкетирование 330 врачей-стоматологов Республики Беларусь с использованием разработанной нами анкеты, включающей 25 вопросов по выбору метода анестезии и объема анестетика в различных клинических ситуациях. Результаты обработаны методами статистического анализа.

Результаты исследования:

Достоверную часть респондентов составляют врачи стоматологи-терапевты – 76 %, детские стоматологи – 8,18 %, остальные стоматологи общей практики – 5,76 %.

Установлено, что для лечения фронтальной группы зубов верхней челюсти наиболее часто применяется инфильтрационная анестезия (90,91 %). Также 24,55 % респондентов применяют сочетание инфильтрационной и резцовой анестезии и 13,03 % – двухстороннюю инфильтрационную анестезию, 3,03 % – интралигаментарную анестезию.

Для лечения жевательной группы зубов верхней челюсти также наиболее часто применяется инфильтрационная анестезия (73,29 %). Часть респондентов (32,30 %) применяют сочетание инфильтрационной и небной анестезии и 26,09 % – двухстороннюю инфильтрационную анестезию, 2,17 % – интралигаментарную анестезию.

В результате исследования установлено, что для лечения кариеса дентина фронтальной группы зубов нижней челюсти, наиболее часто применяется инфильтрационная анестезия (85,06 %). Также для этой цели применяется двухсторонняя инфильтрационная анестезия (17,68 % респондентов), проводниковая анестезия (7,62 %) и интралигаментарная анестезия (6,10 %).

Для лечения осложненного кариеса дентина фронтальной группы зубов нижней челюсти 77,68 % респондентов применяют инфильтрационную анестезию, реже двухстороннюю инфильтрационную анестезию (22,32 % респондентов), проводниковую анестезию (17,98 %) и интралигаментарную анестезию (8,87 %).

При лечении кариеса дентина премоляров нижней челюсти инфильтрационная анестезия применяется наиболее часто (76,92 %) по сравнению с проводниковой анестезией (29,54 %), двухсторонней инфильтрационной анестезией (16,69 %) и интралигаментарной анестезией (8,0 %).

Инфильтрационная анестезия применяется врачами стоматологами для лечения осложненного кариеса премоляров нижней челюсти в 67,08 % случаев, проводниковая местная анестезия – 54,77 %. Двухстороннюю инфильтрационную анестезию проводят 12,31 % респондентов, 7,08 % – интралигаментарную анестезию.

Установлено, что для лечения кариеса дентина и осложненного кариеса дентина моляров нижней челюсти наиболее часто применяется проводниковая анестезия – 88,65 % и 97,22 % соответственно.

Выводы:

Для лечения неосложненного и осложненного кариеса зубов верхней челюсти и фронтальной группы зубов нижней челюстей, а также для лечения кариеса премоляров нижней челюсти врачи-стоматологи чаще применяют инфильтрационную анестезию.

Проводниковая анестезия наиболее часто применяется при лечении моляров нижней челюсти.

Частота использования интралигаментарной анестезии невысока и составляет разбежка 2,17–10,12% в зависимости от диагноза и групповой принадлежности зуба.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ В РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА

Каменских Д.В., Мачулина Н.А., Яковлева Е.В.

*Кафедра детской стоматологии и ортодонтии им. Е.Ю. Симановской
ФГБОУ ВО ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь*

Введение. Ранний детский кариес (РДК) остается одной из актуальных проблем современной стоматологии. Высокая распространенность и увеличивающаяся интенсивность стоматологических заболеваний выводят на первый план индивидуализированный подход к терапии РДК. В современной детской стоматологии поиски мер приводящих к снижению прироста кариеса и снижению его активности у детей дошкольного возраста постоянно совершенствуются, приоритет отдается малоинвазивным методикам, которые учитывают возрастные особенности пациентов. Однако использовать только симптоматическое лечение не целесообразно.

Цель исследования: обосновать необходимость проведения профилактического пломбирования временных моляров у детей с декомпенсированной формой течения раннего детского кариеса в рамках патогенетической терапии РДК.

Материалы и методы. Клиническое обследование пациентов проводилось на кафедре детской стоматологии и ортодонтии им. Е.Ю. Симановской ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России. В исследовании приняли участие 54 пациента в возрасте от 32 до 72 месяцев с декомпенсированной формой РДК проживающие на территории г. Перми. Стоматологическое обследование детей проводилось по общепринятым методикам (В.К. Леонычев, В.Г. Сунцов, Г.И. Скрипкина, 2007) и включало в себя определение интенсивности кариеса по индексу «кпу» и «кп_у», уровень гигиены полости рта определялся с использованием индекса гигиены по Федорову-Володкиной.

Все дети, принявшие участие в исследовании, получали патогенетическое лечение кариеса зубов, воздействуя на кариозный очаг и организм в целом по специально разработанной схеме (патент на изобретение № 2017 143737/15 от 13.12.2017 г).

Профилактическое пломбирование окклюзионных поверхностей 218 интактных временных моляров проводилось с использованием биоактивного реставрационного материала с пролонгированным выходом ионов фтора «Глассин Фисс» (ООО «НФК ОМЕГА-ДЕНТ», Россия), в соответствии с протоколом не инвазивной герметизации фиссур и проходило по следующему алгоритму: производилось очищение поверхности зуба с использованием циркулярной щетки и пасты без содержания фторидов, изоляция операционного поля, внесение стеклоиономерного цемента, адаптация материала на поверхности зуба, коррекция окклюзионных контактов, последним этапом производилось покрытие зубов фторид-содержащим лаком.

Для оценки клинической эффективности профилактического пломбирования нами были выбраны критерии одобренные FDI, G. Ryge (1980). При этом учитывали: сохранность анатомической формы (АФ), краевую адаптацию (МА), наличие вторичного кариеса (С). Интерпретация результатов была выражена в балльном эквиваленте: 4 балла – отлично; 3 балла – хорошо; 2 балла – удовлетворительно; 1 балл – неудовлетворительно. Спустя 12 и 24 месяца производилась повторная оценка результатов эффективности лечения. Прирост интенсивности кариеса зубов оценивали через 6, 12 и 24 месяца от начала лечения.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ Microsoft Excel и Biostat. Для количественных признаков были рассчитаны среднеарифметическое значение и стандартная ошибка ($M \pm m$).

Результаты исследования и их обсуждение. На момент начала исследования индексы кпу и кп_у составляли $5,64 \pm 1,50$ и $6,63 \pm 0,27$ соответственно, через 6 месяцев составили $5,75 \pm 1,43$ и $6,75 \pm 1,94$, через 12 месяцев – $5,97 \pm 1,17$ и $6,98 \pm 1,18$ соответственно, спустя 24 месяца от начала лечения были получены следующие данные – $6,11 \pm 1,22$ и $7,74 \pm 1,18$.

Анализ клинической эффективности проведенного профилактического пломбирования спустя 12 месяцев продемонстрировал высокие показатели по критерию наличия вторичного кариеса – $4,00 \pm 0,00$, критерий краевой адаптации составил $3,05 \pm 0,27$, а критерий сохранности анатомической формы был равен $3,22 \pm 0,45$. Отдаленные результаты, полученные нами спустя 24 месяца от начала терапии, демонстрируют следующие показатели: наличие вторичного кариеса $3,82 \pm 0,25$, что позволяет судить об эффективности проводимого лечения, однако анализируя критерии характеризующие краевую адаптацию материала к твердым тканям зуба необходимо отметить более низкие показатели $2,98 \pm 0,22$, а критерий сохранности анатомической формы был равен $2,86 \pm 0,32$, что на наш взгляд обусловлено низкой износостойкостью материала используемого для проведения пломбирования.

Выводы. Профилактическое пломбирование производимое в рамках индивидуализированного патогенетического лечения детей с РДК позволяют в отдаленные сроки снизить прирост интенсивности кариеса временных зубов на 45,7%, что обосновывает его применение и рекомендуются для проведения у детей с декомпенсированной формой течения раннего детского кариеса.

ОБОСНОВАНИЕ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРОДОНТИЕЙ

Колесник К.А., Горобец О.В.

*Кафедра детской стоматологии ФГАОВ ВО КФУ им. В.И. Вернадского,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь*

Актуальность. Гиперодонтия является причиной аномалий положения зубов, окклюзии зубных рядов, задержки прорезывания комплектных постоянных зубов и их ретенции, периапикальной резорбции корней зубов и образования фолликулярных кист. При ортодонтическом лечении детей со сверхкомплектными зубами используют аппаратные, хирургические и физиотерапевтические методы. Однако эффективность применения квантовой фототерапии и лечебной грязи при комплексном ортодонтическом лечении детей со сверхкомплектными зубами ранее не изучалась.

Цель исследования. Изучение влияния фототерапии в сочетании с грязью иловой сульфидной Сакского озера на биохимические параметры ротовой жидкости при ортодонтическом лечении детей с гиперодонтией.

Материал и методы. Для реализации цели исследования на лечение было взято 35 детей в возрасте 8–16 лет со сверхкомплектными зубами (K00. 1 по МКБ-10). Было выделено 2 группы наблюдения. Основная группа – 20 детей со сверхкомплектными зубами, у которых применяли разработанный комплекс лечения. Группа сравнения – 15 детей со сверхкомплектными зубами, у которых использовали общепринятую тактику лечения. В основной группе пациентов проводили лечение по следующему алгоритму: после удаления сверхкомплектных зубов на раневую поверхность накладывали гидрогель аргакол, через 2 часа после хирургического вмешательства фиксировали комбинированный модифицированный аппарат-протез для райцтерапии. Через неделю после удаления в области задержавшегося в прорезывании комплектного зуба проводили фототерапию в комплексе с нанесением грязи иловой сульфидной Сакского озера. Для осуществления физиотерапевтического воздействия использовали аппарат светодиодный красного спектра излучения АФС-К 660 (Москва, Россия). Курс лечения составил 10 процедур, через день. В ходе исследования изучали биохимические показатели ротовой жидкости, а именно – активность эластазы, кислой фосфатазы (КФ), содержание каталазы и малонового диальдегида (МДА) в исходном состоянии, через неделю после удаления сверхкомплектных зубов и фиксации аппарата-протеза и по окончании курса фото-пелодотерапии.

Результаты исследования. Результаты исследования демонстрируют, что в исходном состоянии изучаемые биохимические параметры ротовой жидкости у детей и подростков основной группы и группы сравнения достоверно не отличались. Через неделю после удаления сверхкомплектных зубов и начала использования ортодонтических

аппаратов-протезов для стимуляции прорезывания ретинированных комплектных зубов в обеих группах исследования наблюдалась интенсификация воспалительных процессов. Об этом свидетельствовало достоверное увеличение в среднем в 1,6-1,7 раза активности протеолитического фермента-эластазы ($p < 0,001$) и активности лизосомального фермента - КФ в ротовой жидкости ($p < 0,01$ и $p < 0,02$). Возрастание уровня деструктивных ферментов в ротовой жидкости у детей было связано с локальной реакцией тканей на хирургическое вмешательство и стрессовое воздействие ортодонтической конструкции, при которой происходило нарушение целостности мембран лизосом и дегрануляция сегментоядерных нейтрофилов. После проведения фото-пелоидотерапии у детей основной группы произошло значимое снижение уровня маркеров воспаления: эластазы на 22,5% ($p < 0,05$) и КФ на 26,8% ($p < 0,05$), что говорит о стабилизации клеточных мембран тканей полости рта и уменьшении интенсивности воспаления. При этом активность эластазы и активность КФ достоверно не отличались от показателей в исходном состоянии ($p > 0,05$). У детей группы сравнения в этом периоде интенсивность воспаления по значениям изучаемых ферментов снизилась не существенно и активность эластазы и КФ оставались на высоком уровне ($p < 0,001$). Через 7 дней после хирургического вмешательства и фиксации аппаратов-протезов у детей обеих групп отмечалось угнетение активности фермента антиоксидантной защиты – каталазы в среднем в 1,4–1,7 раза, что свидетельствовало о снижении адаптационно-компенсаторного потенциала в полости рта. После использования фото-пелоидотерапии у детей основной группы определялось достоверное увеличение активности каталазы в ротовой жидкости, которая была существенно выше ($p < 0,01$), чем у детей группы сравнения и достигала уровня исходных показателей ($p > 0,05$). Через неделю от начала комплексного ортодонтического лечения у детей как основной группы, так и группы сравнения выявлялась интенсификация процессов перекисного окисления липидов по содержанию промежуточного продукта липопероксидации – МДА в ротовой жидкости, которое резко увеличивалось в среднем в 3 раза ($p < 0,001$). У детей основной группы после применения разработанного комплекса мероприятий регистрировалось уменьшение уровня МДА на 53,9%, содержание изучаемого фермента было достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,01$). Это демонстрирует, что применение фото-пелоидотерапии способствует подавлению процессов липопероксидации в полости рта.

Выводы. Таким образом, фото-пелоидотерапия грязи иловой сульфидной Сакского озера проявляет противовоспалительный эффект, стабилизируя клеточные мембраны, регулирует баланс в прооксидантной-антиоксидантной системе в первую очередь за счет активизации ферментов антиоксидантной защиты.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КОРОНКИ ЗУБА БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПУЛЬПЫ У ДЕТЕЙ

Колковская О.В., Белик Л.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Актуальность. Перелом коронки зуба без повреждения пульпы встречается в практике детского врача-стоматолога довольно часто. Основная причина острых травм зубов – падение чрезмерно активных детей при неорганизованных играх и удар разными предметами (игрушка, клюшка и т. д.). Фактором, предрасполагающим к травме зубов, является неправильный прикус. При переломе коронки в зоне дентина обнажается большое количество дентинных канальцев, через которые бактерии получают прямой доступ к пульпе зуба. Лечение должно проводиться в ближайшие сроки после травмы и заключается в своевременной защите обнаженного дентина от внешней среды полости рта и стимуляции выработки заместительного дентина. Важная составляющая часть лечения перелома коронки – качественная реставрация коронок зубов, так как отсрочка реставрации на несколько недель может привести к выдвиганию зубов-антагонистов и наклону соседних зубов в сторону дефекта. Выработка заместительного дентина происходит в течение 6–8 недель, после чего в сформированных зубах при сохранении значительного слоя дентина можно провести постоянную композитную реставрацию. В качестве альтернативы композитной реставрации можно использовать фиксацию отломков зуба, что позволяет максимально точно восстановить естественную форму и цвет зуба, а также улучшить психоэмоциональное состояние пациента.

Цель работы. Изучить возможность восстановления зубов после перелома коронки без повреждения пульпы отколотыми фрагментами зубов.

Материалы и методы. На прием обратилась пациентка А., 12 лет, с жалобами на отлом коронок 1.1, 2.1 зубов. Из анамнеза: неделю назад в результате бытовой травмы (падение на твердую поверхность во время игры) произошел перелом коронок 1.1, 2.1 зубов. Отломанные фрагменты зубов были найдены и помещены в физиологический раствор. Для оказания неотложной помощи пациентка обратилась в учреждение здравоохранения по месту жительства, где стоматологом был поставлен диагноз перелом коронки зуба 1.1, 2.1 в пределах дентина без повреждения пульпы. Была проведена местная антисептическая обработка, линия перелома зуба 1.1 была закрыта СИЦ химического отверждения. В зоне проекции пульпы зуба 2.1 была нанесена лечебная прокладка из гидроксида кальция комбинированного действия и также проведена временная реставрация СИЦ. Рекомендовано динамическое наблюдение.

На момент осмотра: прикус нейтральный, протрузия резцов верхней челюсти. Гигиена полости рта хорошая, ОН-5 = 0,2. Герметичность временных реставраций не нарушена, зубы в цвете не изменены, перкуссия безболезненна, десна в области зубов 1.1, 2.1 без патологических изменений. Термопроба положительная. Подвижность зубов отсутствует.

На рентгенограмме корни зубов 1.1, 2.1 полностью сформированы, признаки перелома корня отсутствуют.

Учитывая данные анамнеза, объективного обследования, психоэмоционального состояния ребенка и наличия отломков зубов, которые хранились в физиологическом растворе с момента травмы, нами была проведена реставрация с фиксацией отломков зубов.

Были удалены временные реставрации, проведена антисептическая обработка раствором хлоргексидина 0,05 % и дистиллированной водой. Соединение отколотых фрагментов с сохранившейся частью зуба осуществлялось с помощью адгезива и жидкотекучего композита. Проведена финишная обработка реставраций с использованием полировочной системы. Даны рекомендации, составлен план диспансерного наблюдения.

Выводы. Восстановление коронок зубов после травмы с использованием отломанных фрагментов содействует созданию естественной формы зубов, текстуры поверхности, позволяет восстановить окклюзию и цвет поврежденных зубов, а также улучшить психоэмоциональное состояние пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Колосова О.В., Сажина О.С.

ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, г. Донецк

Профилактика кариеса зубов в современной стоматологической практике остаётся актуальной, в связи с тем, что распространённость кариеса постоянных зубов у детей колеблется в пределах от 57 до 98 %. Многие аспекты этого направления окончательно не изучены до настоящего времени. В их число входит первичная профилактика фиссурного кариеса зубов. Здоровье, которое зависит не только от правильного лечения, но и, в первую очередь, от своевременной и качественной первичной профилактики.

Источники исследований показывают, что правильно проведенная процедура герметизации фиссур и других анатомических образований зуба обеспечивает снижение кариеса на 85–90 %. Прирост кариеса зубов приходится на первые два года после прорезывания постоянных зубов. Однако, благодаря внедрению первичных профилактических мер, таких, как герметизация зубов с целью изоляции от зубного налёта, углеводов, микрофлоры ротовой полости, наблюдается тенденция к уменьшению интенсивности кариеса зубов. Герметик является не только физическим барьером для развития болезнетворных бактерий, но также насыщает ткани зуба активным фтором и укрепляет зубную эмаль. Для достижения максимально возможного эффекта рекомендуется проводить процедуру герметизации фиссур зубов в течение 12–16 месяцев после прорезывания зубов, но не позднее двух лет после прорезывания.

Целью исследования явилась сравнительная клиническая оценка эффективности применения различных видов стоматологических пломбирочных материалов для неинвазивной герметизации фиссур зубов у детей в постоянных зубах.

Материалы и методы исследования. Проведено наблюдение 187 детей в возрасте 7–14 лет, которым провели неинвазивную герметизацию конусовидных фиссур постоянных зубов со средним исходным уровнем минерализации эмали зуба, когда единичные фиссуры имели миловидный цвет и иногда отмечалась задержка зонда в наиболее глубокой фиссуре зуба. И в этих зубах не определялись кариозные поражения на их апроксимальных поверхностях.

В первой группе (96 детей) проводили герметизацию фиссур зубов с использованием истинного герметика Delton (фирмы Dentsply) – всего 392 зуба. Во второй группе (91 ребёнок) герметизацию проводили с использованием гибридного стеклоиономерного цемента Vetrimer (фирмы 3M) – 373 зуба. Перед неинвазивной герметизацией поверхности зубов тщательно механически очищали от зубного налёта щеточками и полировочными пастами, которые не содержали фтора и масла. После этого, зубы изолировали от слюны, высушивали, протравливали (кондиционировали) эмаль зубов в течение 30 секунд, затем промывали её же в течение времени, которое соответствует протравливанию (кондиционированию) эмали. Затем тщательно высушивали струёй воздуха. На высушенную эмаль в первой исследуемой группе наносили слой истинного герметика – Delton, фирмы Dentsply, во второй группе наносили слой гибридного стеклоиономерного цемента – Vetrimer, фирмы 3M. Материал тщательно распределяли тонким слоем зондом по жевательной поверхности (фиссурам), повторяя форму фиссуры. После этого проводили световое отверждение пломбировочного материала в соответствии с инструкцией фирм – изготовителей и окклюзионную коррекцию материала. Визуально-инструментальное исследование за состоянием зубов и наложенным герметиком проводилось каждые 6 месяцев в течение двух лет.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов клинического исследования неинвазивной герметизации фиссур постоянных зубов у детей показал, что через 6 месяцев после герметизации зубов наблюдалась полная сохранность (100%) стоматологических материалов в обеих исследуемых группах детей.

Через один год в группе, в которой герметизацию проводили истинным герметиком (Delton, фирмы Dentsply) сохранность материала составила – 98,5% случаев. Повторное полное покрытие фиссур зубов было проведено в 6 зубах (1,5% случаев).

Через 2 года сохранность герметика составляла – 97,7% случаев. Кариеса обнаружено не было в течение всего периода исследований. Электропроводность эмали зубов в областях фиссур, где не был обнаружен герметический материал была от 0 до 1 мкА, что характеризует достаточную зрелость эмали.

Во второй группе, в которой герметизацию зубов проводили гибридным стеклоиономерным цементом (Vetrimer, фирмы 3M) через один год пломбировочный материал сохранился в 97,9% случаев. В 8 зубах (2,1% случаев) была проведена повторная полная герметизация фиссур. Кариеса зубов в зубах, где не было обнаружено пломбировочного материала, не выявлено.

Через два года в этой исследуемой группе пломбировочный материал сохранился в 96,0% случаев, что на 1,7% меньше, чем в первой исследуемой группе детей, в которой герметизацию проводили истинным герметиком (Delton, фирмы Dentsply). Кариозных поражений в этой группе также не было выявлено по данным электрометрии.

Выводы. Таким образом, своевременная герметизация фиссур зубов сразу после прорезывания позволяет минимизировать степень риска возникновения фиссурного кариеса в постоянных зубах у детей с помощью создания на поверхности зубов физического барьера для кариесогенных факторов. Полученные результаты позволяют рекомендовать для первичной профилактики фиссурного кариеса зубов истинного герметика (Delton, фирмы Dentsply) для неинвазивной герметизации фиссур в сравнении с гибридным стеклоиономерным цементом (Vetrimer, фирмы 3M).

ВРЕМЕННЫЕ ЗАТРАТЫ ЦИФРОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Кубаренко В.В.

ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, г. Донецк

В последние десятилетия очень большое внимание уделяется усовершенствованию методикам оценки статуса исследования зубов с дефектами твердых тканей, для объективизации выбора восстановительной конструкции и

материалы для них. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зубов (ИРОПЗ) рассматривается, как основной для боковой группы зубов. Это элемент протокола оказания стоматологической помощи.

Для практического здравоохранения, в том числе детской стоматологии, цифровая диагностика является актуальным аспектом. Определения ИРОПЗ методом цифровой технологии позволяет повысить точность и облегченность его проведение.

Для решения организационно-практических аспектов широкого использования при внедрении в медицине необходимо провести хронометрическую их оценку. Поэтому для обоснования внедрения проводится определение временных затрат. Основным показателем, определяющим расчеты врачебных трудовых единиц, считается – показатель переменного-повторяемых затрат времени. Их расчет для новых технологий определяет научно-практическую значимость представленных исследований по определению временных затрат цифрового диагностического обследования в практике детской стоматологии.

Цель исследования: определить переменного-повторяемые врачебные затраты времени при обследовании пациентов в детской стоматологии на поликлиническом приеме при индексной оценке степени разрушения боковых зубов по окклюзионной поверхности вычисляемой с использованием компьютерных методов анализа.

Материалы и методика. Для изучения и установления величины затрат рабочего времени на оказание медицинской помощи был использован метод хронометража. Для проведения данных исследований была применена методика моментных (случайных наблюдений) и методика хронометража по Н.Н. Роговому (1971), применительно к клинике стоматологии в модификации В.А. Лабунца.

Определение затрат рабочего времени стоматолога при расчете показателя ИРОПЗ было осуществлено на основании данных хронометражных измерений процесса при оценке боковых зубов с различной величиной дефекта у 27 человек в полости рта, а также на диагностических моделях.

Проводить вычисления показателей ИРОПЗ прямым и непрямым методом, используя компьютерные технологии анализа.

Результаты и их обсуждение. Переменно-повторяемые врачебные затраты времени при определении ИРОПЗ было проведено на основании полученных данных хронометражных измерений диагностического процесса.

На основании анализа методов определения ИРОПЗ и данных фотохронометражным наблюдений были определены наиболее характерные элементы процесса определения этого индекса. Основные элементы были сгруппированы и сведены по процессу поэтапного определения ИРОПЗ в минутах его продолжительности.

1. Визуализация красителем на окклюзионной поверхности – $1,56 \pm 0,42$;
2. Диагностическое препарирование – $5,04 \pm 0,14$;
3. Получение диагностической модели – $11,07 \pm 0,18$;
4. Контрольный осмотр модели – $0,38$;
5. Выполнение макро и интраоральной съемки – $1,07 \pm 0,71$;
6. Определение ИРОПЗ по анатомическим образованиям окклюзионной поверхности на диагностической модели – $0,40 \pm 0,08$;
7. Определение ИРОПЗ в полости рта (прямой метод) – $7,64 \pm 2,11$;
8. Определение по диагностической модели (непрямой метод) – $7,00 \pm 0,04$;
9. Определение ИРОПЗ по оттиску (непрямой метод) – $8,51 \pm 0,10$.

Приведенные показатели позволяют оперативно рассчитать оптимальную норму времени необходимого для определения ИРОПЗ различными методами.

Характер представленных данных основных элементов операций и индексация времени, затраченного на их проведение, позволяют определить переменного-повторяемые (ПП) затраты времени врача на каждый элемент определения ИРОПЗ. Это делает возможным вычисление временных нормативов на определение ИРОПЗ для конкретного клинического случая в практике детской стоматологии.

Установлено, что время затрат имеют различия ($p < 0,05$), особенно между прямым и непрямым методами ($p < 0,001$).

НИЗКАЯ ОБРАЩАЕМОСТЬ К СТОМАТОЛОГУ КАК ФАКТОР РИСКА прогрессирования заболеваний периодонта у беременных женщин г. Минска

Макарова О.В., Пронорович О.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Актуальность: двунаправленность связи стоматологических болезней и общего здоровья у беременных женщин характеризуется повышенным риском прогрессирования кариеса и заболеваний периодонта, которые в свою очередь влияют на общее состояние организма. На современном этапе заболевания периодонта во время беременности рассматриваются как фактор риска преждевременных родов и преэклампсии (Offenbacher S, 1998, 2001, Dasanayake AP, 2001, Gibbs RS., 2001 и др.).

Цель исследования: выявить зависимость стоматологического статуса беременных женщин от частоты и цели визитов к стоматологу.

Задачи:

- анкетирование беременных женщин по вопросам социальных факторов и профилактики основных стоматологических заболеваний;
- клиническое обследование беременных женщин;
- статистический анализ и сопоставление данных анкетирования и результатов клинического обследования.

Материал и методы: за период сентябрь 2018 г. – январь 2019 г. анкетированы и обследованы 50 беременных женщин, обратившихся в Республиканскую стоматологическую поликлинику г. Минска за консультацией на ранних сроках беременности (до 12 недель). Клиническое исследование включало изучение уровня гигиены полости рта по индексу ОНI-S, интенсивности кариеса по индексу КПУ, состояния периодонта по коммунальному периодонтальному индексу CPI.

Результаты: обследованные женщины были разделены на 3 группы по данным анкет: I группа (n = 18) – обращаются к стоматологу 1 раз в полгода с профилактической целью; II группа (n = 13) – обращаются 1 раз в год для профессионального осмотра; III – группа (n = 19) – избегают визитов к стоматологу, обращаются по поводу боли или разрушения зуба.

Таблица 1. Стоматологический статус беременных женщин в зависимости от частоты и цели визитов к стоматологу

	I группа	II группа	III группа
Возраст	30,11 ± 0,76	29,76 ± 1,52	28,21 ± 0,95
КПУ	14,05 ± 1,21	13,76 ± 1,01	9,65 ± 1,22*
К	1,83 ± 0,62	4,38 ± 1,56	3,16 ± 0,78
П	10,67 ± 1,02	9,23 ± 1,75	5,26 ± 0,92
У	1,5 ± 0,44	0,53 ± 0,31	0,78 ± 0,24
ОНI-S	1,62 ± 0,21	2,26 ± 0,38	2,12 ± 0,27
Количество зубов с кровоточивостью десны	14,18 ± 1,69**	18,46 ± 2,77	19 ± 1,6
Количество зубов с камнем	4,56 ± 1,36**	9,84 ± 2,56	8,57 ± 1,56
Количество зубов с периодонтальным карманом 4–5 мм	0	0,77 ± 0,77	1,89 ± 1,44

*Различия статистически достоверны с I и II группами по t-критерию Стьюдента.

**Различия статистически достоверны с II и III группами по t-критерию Стьюдента.

Распространенность кариеса и заболеваний периодонта у обследованных беременных женщин составила 100%. Очевидна также высокая нуждаемость в лечении данных заболеваний во время беременности. Согласно результатам клинического обследования, женщины, обращающиеся за стоматологической помощью по поводу боли или разрушения зуба имели достоверно более низкую интенсивность кариеса и большее количество зубов с прояв-

лениями заболеваний периодонта (кровоточивость при зондировании и зубной камень) по сравнению с группой женщин, обращающихся к стоматологу 1 раз в полгода для профилактических мероприятий.

Выводы: редкое посещение стоматологического кабинета беременными женщинами III группы обусловлено неправильной мотивацией (возможно в связи с меньшей нуждаемостью в лечении кариеса по сравнению с другими группами женщин), а более выраженное воспаление в периодонте - результат недостаточности профилактической направленности в работе стоматолога. В данной ситуации закономерно дальнейшее прогрессирующее воспаление в периодонте, что может негативно сказываться на течении гестационного периода и в будущем приводить к утере зубов. В связи с этим беременные женщины являются целевой группой для стоматологических профилактических программ, целью которых должно быть устранение «стоматологической неграмотности» и лечение уже имеющихся заболеваний в оптимальные сроки для обеспечения благополучия будущей матери и ребенка.

ПРЕДХИРУРГИЧЕСКАЯ ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

Мамедов А.А., Дудник О.В., Гамулина Е.А.

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

Введение. Расщелина губы и неба является одним из наиболее распространенных врожденных орофациальных дефектов. Количество детей, рожденных с расщелиной губы и неба, в среднем составляет от 1:500 до 1:1000 новорожденных. Патогенез заболевания происходит на ранних стадиях эмбрионального развития. Полноценное питание является важнейшим аспектом, обеспечивающим рост и развитие новорожденного. Анатомический дефект у больных с расщелиной губы и неба приводит к функциональным нарушениям. У новорожденного с расщелиной губы и неба происходит, прежде всего, нарушение функции питания (А.А. Мамедов, Т.К. Сулпиев, Н.Г. Негаметзянов, 2013). В настоящее время остается актуальной проблема дефицита веса у новорожденных с этой патологией, связанная с затруднением грудного вскармливания, вызванного тем, что полость носа имеет широкое сообщение с полостью рта (M. Tungotoy, D. Atwine, D. Nanjebe, 2017). Также кормление сопровождается аспирацией, что в дальнейшем способствует патологическим изменениям двигательной функции мерцательного эпителия (А.В. Боровицкая, М.Е. Сарафанова, Е.Ю. Радциг, А.Г. Притыко, 2015). У детей, рожденных с расщелиной губы и неба, наблюдается нарушение функций сосания, глотания и дыхания, носовая регургитация пищи, чрезмерное потребление воздуха, не осуществляется приемлемый уровень всасывания и сжатия, требуемый для искусственного или грудного вскармливания. (M. Goswami, B. Jangra, U. Bhushan, 2016). Кормление через бутылочку с широкой соской и с помощью зонда не позволяет добиться нужного прироста в весе для возможности осуществления общего наркоза, необходимого на этапе проведения первичной хирургической операции. Это является одной из неотложных проблем, которую необходимо решить в первые месяцы жизни. В связи с этим особое значение приобретает раннее ортодонтическое вмешательство перед хирургическим лечением, с целью создания условий для получения должного объема питания с первых недель рождения.

Цель. Повышение эффективности хирургического лечения за счет предварительной ортодонтической коррекции положения межчелюстной кости у детей с двусторонней расщелиной губы и неба.

Материалы и методы. При выполнении исследования было обследовано 32 новорожденных с диагнозом двусторонняя расщелина губы и неба. Была выявлена необходимость первичной хейлопластики с предварительной ортодонтической подготовкой.

У всех 32 пациентов с двусторонней расщелиной губы и неба при первом обращении был проведен хирургический и ортодонтический протокол исследования. Также было проведено снятие диагностических оттисков с верхней челюсти для изготовления индивидуальной оттисковой ложки, с помощью которой далее был снят повторный точный оттиск, и изготовлена диагностическая модель. На основании точной диагностической модели был изготовлен ортодонтический пластинчатый obturator.

Через месяц была проведена первичная хейлопластика по методу А.А. Мамедова.

Результаты. Клинические и биометрические данные у всех 32 пациентов (100%) показали восстановление функции кормления после изготовления и фиксации индивидуального obturator, а именно у 30 пациентов осуществля-

лось полноценное грудное вскармливание, у 2 новорожденных – искусственное вскармливание с использованием бутылочки с анатомической соской. После проведения операции первичной хейлопластики по методу А.А. Мамедова у всех 32 пациентов (100%) наблюдалась нормализация соотношения межчелюстной кости и боковых фрагментов.

Выводы. Использование съемного индивидуального пластинчатого obturator позволяет нормализовать акт кормления у новорожденных, тем самым провести необходимую предхирургическую ортодонтическую подготовку с последующим проведением первичной хейлопластики. Таким образом, междисциплинарный подход необходим для оптимальной реабилитации пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

ТОЧНОСТЬ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМ, КАК ОДИН ИЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ УСПЕШНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Мамедов А.А., Дудник О.В., Рустамова Г.Б.

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

В современной ортодонтии на данный момент существует два метода фиксации брекет-систем. Техника прямого бондинга, осуществляемая непосредственно врачом-ортодонтом в клинике, и техника непрямого фиксации, требующая подготовительного лабораторного этапа (Proffit W.R., 2008; Персин Л.С., 2015; Арсенина О.И., 2012; Оспанова Г.Б., 2017). С целью повышения точности позиционирования брекетов вырос интерес к непрямому бондингу (Д.К. Беннет, Р.П. Маклафлин, 2005). Метод расширяет возможности врача-ортодонта, позволяя проводить фиксацию брекетов и ортодонтических замков в корректной позиции. Что не всегда удаётся добиться, фиксируя брекет-систему прямым методом, также зачастую возникает сложность фиксации из-за недостаточного обзора и затруднительного доступа в области боковой группы зубов. При непрямом бондинге отсутствуют такие факторы, как мягкие ткани и слюна, зубы легко просматриваются во всех плоскостях, что в полости рта является затруднительным. Но несмотря на ряд преимуществ одним из недостатков непрямого бондинга является изменение фасетки брекетов и замков при обработке пескоструйным аппаратом. Что в дальнейшем негативно влияет на степень фиксации брекетов непосредственно к зубам. Всё это послужило основанием для проведения данного научного исследования.

Цель. Повышение эффективности ортодонтического лечения за счет совершенствования позиционирования брекет-систем.

Материалы и методы. На базе кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было проведено исследование площадок брекет-систем после непрямого фиксации на гипсовую модель на различные материалы.

Первую группу брекет-систем фиксировали на гипсовую модель при помощи стандартного ортодонтического адгезива по общепринятой технике непрямого бондинга. Перед фиксацией брекетов непосредственно в полости рта на зубы остатки адгезивного материала удаляли пескоструйным аппаратом. Вторую группу брекет-систем фиксировали на гипсовую модель при помощи карамелизованного сахара. Нагретым электрошпателем наносили каплю карамелизованного сахара на гипсовую модель и на площадку брекета, прижимая к гипсу в необходимом положении. Далее производили изготовление капы стандартным путем, после которого обработку площадки брекет-системы проводят мягкой щёткой под тёплой струёй воды.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования площадок брекетов под микроскопом показали очевидную разницу между исходной поверхностью площадки брекет-системы и ее состоянием после фиксации на ортодонтический адгезив и карамелизованный сахар. Однако брекет-системы после использования карамелизованного сахара не отличались от своего первоначального состояния. После фиксации на ортодонтический адгезив на площадках брекет-систем, для удаления которого требуется обработка площадки пескоструйным аппаратом, были изменения поверхности основания брекета. Наблюдались остатки адгезива на фасетке брекета, которые влияют на точность позиционирования. Излишек материала на площадке брекета может приводить к таким нежелательным перемещениям зуба, как ротация или изменение торка. А также наблюдалось сглаживание ретенционных пунктов площадки брекет-систем за счёт скопления частиц абразивного порошка в этих пунктах, что может приводить

к ослаблению адгезии брекета к зубам и в дальнейшем к отрыву брекета от поверхности зуба. Для решения данной проблемы мы предлагаем использовать в качестве адгезива на гипсовую модель карамелизированный сахар, который достаточно легко удаляется с основания брекета.

Вывод. Таким образом, данное исследование показало, что для повышения точности позиционирования брекет-систем мы рекомендуем проведение техники непрямого бондинга при помощи карамелизированного сахара, который позволяет устранить ошибку при контроле адаптации основания брекета, увеличив тем самым фиксацию брекетов к зубами, исключив неточности при позиционировании, позволяя тем самым сократить сроки проводимого лечения и добиться стабильного функционального и эстетического результата.

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЕЙ НА МЕТАЛЛЫ

Мешалкина И.В.

Стоматологическая клиника ВалаАМ

Проблема ортодонтического лечения пациентов, страдающих аллергией на металлы, обретает в последние годы все большую значимость в связи с возрастающей сенсибилизацией населения. Среди всего населения Земли, выделяют около 10% людей с проявлениями аллергии на отдельные металлы, и всего 3% с гиперчувствительностью к биоинертным металлам, среди которых Золото и Титан. В настоящее время в Российской Федерации нет сертифицированных Patch-тестов на металлы.

Наиболее распространенная техника лечения пациентов в постоянном прикусе - брекет-система - состоит из брекетов, изготовленных из различных сплавов металла, замков или колец на моляры, выполненных из стали и ортодонтических дуг. Производители брекет-систем многократно делали попытки создать гипоаллергенную брекет-систему: Incognito (д-р Вихманн, Германия), Titanium Orthos (Ormco, USA), Gold (Ormco, USA) и др. Однако среди ортодонтической аппаратуры есть и другие необходимые приспособления из металла: раскрывающие и закрывающие пружины, несъемный проволочный ретейнер. До недавнего времени при диагностировании аллергии на недрагоценные металлы рекомендовалось применять стальные дуги и не использовать термоактивные дуги на основе никель-титанового сплава.

Все вышесказанное делает очевидным несовершенство ортодонтического лечения сенсибилизированного пациента при помощи конструкции, включающей в себя те или иные сплавы металлов, так как подвергает риску здоровье пациента и способствует его дальнейшей сенсибилизации.

В последнее время на российском рынке активно завоевывает внимание технология «элайнеры». Элайнеры – это технология перемещения зубов при помощи последовательно заменяющих друг друга прозрачных кап, выполненных из поликарбоната. Ввиду стремительного развития технологии и ее цифрового планирования данная методика позволяет исправлять выраженные патологии прикуса, закрывать пространства от удаления, подготавливать пациентов для дальнейшего протезирования. Технология «элайнеры» является гипоаллергенной и не вызывает сенсибилизации пациентов.

В качестве примера можно рассмотреть частный случай лечения пациентки П., которая обратилась в клинику «Валаам» с целью ортодонтической подготовки к протезированию. При обращении у пациентки отсутствовали зубы 3.6 и 4.6, зубы 3.7 и 4.7 были мезиально смещены и наклонены, также определялось обратное перекрытие в области зубов 1.4 и 4.4 и скученность зубов в переднем отделе верхней и нижней челюсти. В анамнезе – аллергическая реакция на бижутерию, содержащую никель. Пациентке были сделаны скарификационные кожные пробы, выявляющие аллергическую реакцию на различные металлы, в ходе которых было установлено, что пациентка имеет сенсибилизацию ко всем сплавам металла, включая титан.

Ортодонтическое лечение данной пациентки проводилось с применением технологии «Элайнеры», в результате которого было достигнуто выравнивание зубных рядов на верхней и нижней челюсти, нормализовано перекрытие в области 1.4 и 4.4 зубов, нормализация вертикальной оси зубов 3.7 и 4.7, созданы оптимальные условия для протезирования.

Выводы: технология «элайнеры» является методом выбора при ортодонтическом лечении взрослых пациентов с аллергией на металлы.

РАННЕЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ RME

Симакова А.А., Федорович Е.В., Хачатурян А.В., Горбатова М.А.

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО СГМУ, г. Архангельск

Раннее ортодонтическое лечение – это вмешательство в процесс формирования окклюзии и скелет пациента до прорезывания большинства постоянных зубов.

Целью раннего лечения является сведение к минимуму скелетных, зубо-альвеолярных и мышечных нарушений в челюстно-лицевой области к концу периода сменного прикуса. Оптимальные сроки начала такого лечения - прорезавшиеся резцы на верхней и нижней челюсти, а также прорезавшиеся первые постоянные моляры.

На данный момент раннее ортодонтическое лечение принято делить на две фазы:

- 1) фаза лечения в сменном прикусе;
- 2) фаза лечения в постоянном прикусе, «финишная», если она требуется.

Преимущества раннего ортодонтического лечения:

- улучшение взаимоотношения между верхней и нижней челюстями, которое позволяет в будущем более гармонично им развиваться;

- улучшение лицевых признаков;

- хороший контакт с пациентом в этом возрасте;

- использование большинства преимуществ, связанных с ростом, что ведет к более успешному лечению;

- избегание или упрощение второй фазы лечения;

- устранение вредных привычек, нарушающих правильный рост челюстей;

- возможность увеличения объема ВДП (верхние дыхательные пути).

На протяжении многих лет, методика RME широко используется многими врачами-ортодонтами для увеличения трансверзального размера верхней челюсти у молодых пациентов. Существует множество видов аппаратов для быстрого небного расширения. У каждого из этих аппаратов есть как плюсы, так и минусы. При опоре только на зубы при быстром небном расширении могут возникнуть такие осложнения как щечное отклонение зубов, резорбция корней опорных зубов, периодонтальные осложнения и т.д. Используя в практике аппараты с опорой не только на зубы, но и на ткани неба, с применением например минивинтов, проявление данных нежелательных эффектов снижается. С недавнего времени предложены аппараты для расширения с опорой на миниимплантаты как альтернативный вариант применения сил, направленных на верхнюю челюсть. Данные аппараты для быстрого небного расширения с опорой на минивинты требуют инвазивного хирургического вмешательства.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ

Солдатова Л.Н., Тишков Д.С., Пихур О.Л., Иорданишвили А.К.

*Курский государственный медицинский университет, Курск,
ФГБОУ ВО ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,
Санкт-Петербург*

По данным Всемирной организации здравоохранения, кариес зубов отнесен к мировым проблемам здравоохранения. В настоящее время в России это заболевание занимает ведущее место среди других актуальных проблем современной детской стоматологии. Различный уровень заболеваемости кариесом зубов населения разных реги-

онов страны позволяет сделать вывод о существовании зависимости возникновения и развития патологического процесса от факторов окружающей среды, в том числе содержания фтора в питьевой воде.

Целью исследования являлось изучить распространённость и интенсивность течения кариеса зубов, уровень индивидуальной гигиены полости рта у детей в городах из разных регионов России, а также определить особенности микрокристаллизации слюны от степени активности и интенсивности течения кариозного процесса.

В ходе исследования проведено клиническое стоматологическое обследование 971 ребёнка (435 мальчиков и 536 девочек) в возрасте 6–7 лет, постоянно проживающих в городах Москва, Санкт-Петербург и Курск. Установлено, что у детей, проживающих в данных городах, независимо от региона, отмечается высокая распространённость кариеса зубов, которая составляет 95,1–97,5%. Интенсивность течения кариеса зубов по индексу КПУ+кп (его компоненты: «К» – кариозный, «П» – пломбированный, «У» – удаленный постоянный зуб и «к» – кариозный, «п» – пломбированный временный зуб) составила для жителей Москвы – $5,51 \pm 0,25$, Санкт-Петербурга – $6,29 \pm 0,13$ и Курска $5,32 \pm 0,15$. Гендерных различий в интенсивности течения кариозного процесса у детей из этих городов не отмечено.

Установлена корреляционная связь между интенсивностью течения кариозного процесса у детей и типом микрокристаллизации слюны. При интенсивном течении кариеса зубов третьей степени активности кариозного процесса (декомпенсированная форма) у детей чаще встречаются картины микрокристаллизации слюны по II Б и II В типу (по Пузиковой О.Ю., 1999).

Сниженный уровень индивидуальной гигиены полости рта, выявленный среди детей с декомпенсированным течением кариозного процесса, обусловлен в основном малой информированностью родителей по вопросам индивидуальной гигиены полости рта и профилактики кариеса зубов у детей этого возраста.

ОЦЕНКА РИСКА КАРИЕСА НЕЗРЕЛЫХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К РАЗНЫМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

Терехова Т.Н., Шаковец Н.В., Мельникова Е.И., Кленовская М.И., Наумович Д.Н., Чернявская Н.Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Оценка риска развития кариеса вызывает затруднения по причине многофакторной этиологии этого заболевания, большого числа взаимосвязей между факторами риска и влияния каждого из них в зависимости от силы, частоты и продолжительности. На сегодняшний день предложено несколько моделей для оценки риска кариеса, которые отличаются друг от друга числом включенных факторов и их комбинациями, критериями оценки и интерпретацией результатов. Как правило, в основе моделей оценки риска кариеса лежат такие факторы, как характер и частота питания, использование фторидов, резистентность организма и уровень оральной микрофлоры, которые рассматриваются во взаимодействии с социальными, культурными и поведенческими факторами человека. То есть индикаторы риска кариеса варьируют от тех, которые являются непосредственной причиной кариеса (например, микрофлора) или могут быть полезными для прогнозирования (социально-экономические факторы), до таких, которые могут быть рассмотрены как защитные факторы.

Необходимо также учитывать, что уровень риска развития кариеса не является постоянным: он меняется с течением времени, так как одни факторы риска появляются, а другие исчезают. Поэтому периодически следует проводить переоценку риска кариеса, при этом необходимо определить оптимальный интервал между повторными визитами, так как не всех пациентов следует осматривать с одинаковой частотой.

Не существует единой системы оценки риска развития кариеса, которая была бы абсолютно достоверным и надежным инструментом, и позволила бы достичь высоких уровней как положительных, так и отрицательных показателей прогнозирования.

Существующие в настоящее время модели оценки риска, основанные на многофакторной концепции кариеса, как правило, имеют высокую специфичность, но низкую чувствительность. Поэтому научный подход к оценке риска развития кариеса все еще находится на этапе развития и до сих пор ни одна из моделей не обеспечивает 100% прогнозирования риска кариеса.

Цель исследования: разработка алгоритма оценки риска развития кариеса постоянных незрелых зубов у детей и подростков, относящихся к разным группам здоровья.

Для реализации поставленной цели нами изучен стоматологический статус 697 детей в возрасте 6, 12 и 15 лет, проживающих в Республике Беларусь с учетом группы здоровья. У всех детей и подростков оценена интенсивность кариеса зубов по индексу КПУЗ+кпуз и уровень гигиены полости рта по методу Green-Vermilion. Проведено интервью с родителями и детьми по вопросам частоты перекусов в течение дня, регулярности посещения стоматолога, в том числе с целью фторпрофилактики кариеса зубов.

Проведено изучение физико-химических свойств ротовой жидкости у детей (скорость саливации, вязкость слюны, минерализующий потенциал слюны), принадлежащим к различным группам здоровья.

С использованием индекса ICDAS и лазерной флюоресценции изучено состояние твердых тканей 265 первых постоянных моляров в первые месяцы после прорезывания.

По результатам проведенного обследования при разработке шкалы оценки риска развития кариеса нами учитывались следующие факторы:

Биологические: частота перекусов между основными приемами пищи; визиты к стоматологу (регулярные, нерегулярные); принадлежность к группе здоровья ребенка.

Клинические: индексы интенсивности кариеса (кпу, КПУ, ICDAS), лазерная флюоресценция, уровень гигиены полости рта.

Защитные: системная и местная фторпрофилактика, скорость саливации, вязкость слюны, МПС.

Каждому параметру присваивали определённый балл (от 0 до 2), затем баллы всех изучаемых показателей суммировали и интерпретировали. Риск возникновения кариеса считали низким при сумме баллов от 0 до 5, средним – от 6 до 20, высоким – от 21 до 26. При планировании лечебных и профилактических мероприятий учитывали риск развития кариеса.

Таким образом, применение разработанного алгоритма оценки риска развития кариеса зубов содействует формированию групп для дифференцированного проведения лечебно-профилактических мероприятий, реализация которых приведет к значительной клинической и экономической эффективности.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ИСКОВЫХ ЗАЯВЛЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ ВРАЧА-ОРТОДОНТА

Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В.

*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Минздрава России, Санкт-Петербург*

Medicina ars nobilissima!

Если обратиться к Википедии, то там определение звучит, как раздел биологии, изучающий диагностику, лечение и профилактику заболеваний, способы сохранения и укрепления здоровья и трудоспособности людей, продления жизни, а также облегчения страданий о физических и психических недугов.

Научно технический прогресс в медицине, в частности в стоматологии, и внедрение в практику его результатов значительно расширили спектр применяемых методов и конструкций, а также возрастные рамки для стоматологического лечения. Развитие получили все области стоматологии. Мы имеем возможность проводить зубосохраняющие операции, восстанавливать дефекты от отсутствующих зубов несъёмными конструкциями, исправлять сложные зубочелюстные аномалии и деформации. Ортодонтическое лечение стало более востребованным, а применение более сложных съёмных и несъёмных аппаратов увеличило его стоимость, параллельно возросли требования пациентов к функции и эстетике.

Огромное количество частных и государственных клиник, предлагающих комплексную реабилитацию для стоматологического пациента работает с одинаковым обязательным пакетом документов, но, разумеется, в разном ценовом диапазоне и с применением различных конструкций и аппаратов, сертифицированных в РФ. Юридическая грамотность населения растёт параллельно со стоимостью стоматологического лечения и растёт количество юристов, специализирующихся на медицине и стоматологии. По данным экспертов за последние годы лидирующими по

количеству исковых заявлений являлись акушеры-гинекологи и стоматологи ортопеды, сейчас количество исков по поводу качества ортодонтического значительно увеличилось. 10% от всех исковых заявлений – это стоматологическое лечение, а 10% от общего количества стоматологических дел – ортодонтия.

В нашем исследовании мы проанализировали 27 экспертных заключений на исковые заявления пациентов с 2009 по 2018 гг. Заключение о некачественно оказанной медицинской помощи (МП) было вынесено в более, чем половине дел (58%). Среди основных причин признания МП некачественной особо выделяются дефекты документации и несогласованность действий врачей смежных специальностей при комплексной реабилитации пациента. Причины исков можно условно разделить на три группы: нестабильный результат лечения (16%), несоответствие результата лечения ожидаемому (42%), или запланированному, осложнения, возникшие в ходе лечения (42%). Анализ заключений позволил нам сделать некоторые выводы о возможностях предотвращения конфликтных ситуаций, первый из которых – это адекватное ведение документации и заполнение амбулаторной карты пациента.

ОБОСНОВАНИЕ АКТУАЛИЗАЦИИ СОДЕРЖАНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРТОДОНТИЯ» С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА «ВРАЧ-ОРТОДОНТ»

Толстунов Л.Г.

ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», г. Москва

Высшее медицинское образование повсеместно становится все более доступным и массовым. Увеличение в начале XXI века численности обучающихся медицинских вузов обусловлено, в первую очередь, переходом к новому типу экономики основанному на знаниях. Направление подготовки «Стоматология» и, в частности, «Ортодонтия» становится всё более популярным, учитывая количество вновь образованных в вузах Российской Федерации, по указанной специальности, кафедр и курсов.

Начиная с 2010 года государственная система стандартизации программ высшего образования все дальше уходит от жесткого нормирования содержания образования в виде заданного набора дисциплин с фиксированной трудоемкостью и переходит к рамочной регламентации структуры образовательных программ. Отечественная высшая школа уже обладает большой степенью доступности, и перед ней стоит очередная сложная задача модернизации обучающих программ университетов с одновременным улучшением качества обучения в целом. В контексте провозглашаемой сегодня задачи сближения отечественного и западного образования, реализуемой в рамках Болонской декларации, подписанной Россией в 2003 году, необходимо унифицировать отечественную и западную программы обучения.

В 2018 году по указу президента Министерство образования и науки Российской Федерации было преобразовано в Министерство просвещения Российской Федерации и Министерство науки и высшего образования Российской Федерации. Последнему переданы функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере высшего образования. К разработке проектов стандартов и вносимых в стандарты изменений привлекаются учебно-методические объединения в системе образования, образовательные, научные и иные организации, представители работодателей, а также органы исполнительной власти и иные заинтересованные лица. Намечается тенденция к пересмотру и актуализации Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования (ФГОС ВО) на основе требований соответствующих профессиональных стандартов. Вследствие этого, российские вузы получают все большую свободу в формировании образовательных

программ, возможность точнее реагировать на запросы рынка труда и конкурировать на российском и международном рынке образовательных услуг, участвовать в прогнозировании перспектив развития профессии. Однако на сегодняшний день, в нашей стране, профессиональный стандарт «Врач-ортодонт» не принят и не утверждён. В случае отсутствия профессиональных стандартов, сопряжённых с ФГОС ВО, профессиональные компетенции формируются на основе форсайт-анализа требований к компетенциям, предъявляемых к выпускникам данного направления подготовки на рынке труда, обобщения зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями или объединениями работодателей отрасли.

В системе высшего образования формирования профессиональных компетенций ученых в различных областях знаний, связанных с осуществлением междисциплинарных исследований, обеспечивается мультидисциплинарными образовательными программами. Основным признаком междисциплинарности образовательных программ является их широкопрофильная подготовка. Междисциплинарность образовательных программ основывается на интегрированных научных направлениях, возникших на границе наук.

Цель профессиональной деятельности врача-ортодонта: повышение качества жизни пациента путем осуществления комплекса мероприятий медицинского характера, направленных на полное или частичное восстановление или компенсацию нарушенных функций зубо-челюстной системы.

Для обеспечения медицинской помощи населению специалистами, готовыми к реализации поставленной цели, необходима разработка профессионального стандарта. Который будет представлять собой методический документ, описывающий характеристики знаний, умений, профессиональных навыков и врача-ортодонта, необходимых ему для осуществления профессиональной деятельности и мотивирующий специалиста к профессиональному и карьерному росту.

Предполагается, что актуализация, на основе мирового опыта, содержания основных профессиональных образовательных программ высшего образования в связи с последовательным, начиная с 2017 года, вступлением ФГОС ВО, усовершенствованных с учетом требований разрабатываемых и утверждённых профессиональных стандартов, и дальнейшее их внедрение в деятельность образовательных организаций является приоритетом работы вузов по модернизации и развитию системы непрерывного медицинского образования. Разработка и обоснование концепции формирования и совершенствования профессиональной компетентности врача-ортодонта с позиций действующего законодательства и общих тенденций развития высшего и послевузовского профессионального образования обеспечит профессионально-личностный рост и подготовку высококвалифицированных кадров, востребованных различными сферами экономики.

ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА И ПЕРЕВЯЗКОЙ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

**Чудинов А.Н., Жахбаров А.Г., Гаджиев А.Р., Бигаева У.С., Абдуллатипов Г.М.,
Алимирзоев Ф.А., Гасанова Л.Г., Нагиева С.Э.**

*Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДГМУ, Республиканская детская клиническая больница,
г. Махачкала*

В преобладающем большинстве опухоли височной, подвисочной и крылонебной ям возникают вследствие распространении опухолевого роста из верхней челюсти, нижней челюсти, околоушной слюнной железы, глазницы. Поэтому план операции удаления опухолей такой локализации прежде всего зависит от исходного пункта роста опухоли.

Цель исследования. Комплексное лечение данной патологии, в челюстно-лицевой хирургии характеризуется рядом особенностей и различным разнообразием вариантов, требующих зачастую принципиально разных подходов в лечении.

Материалы и методы. Больной К.Д. – 18 лет И.Б. № 12720 поступил в челюстно-лицевое отделение ДРКБ 23.08.18 г с диагнозом: мягкотканная опухоль крылонебной, подвисочной ям, прорастающая в гайморовую и решётчатую пазухи справа. Ангиофиброма?

При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счёт отёка мягких тканей. Пальпаторно определяется эластичная, безболезненная опухоль.

В отделении ребёнок был обследован.

25.08.18 г. Ребёнку была произведена операция, которая состояла из двух этапов:

1. Перевязка наружной сонной артерии. Разрез провели по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа до уровня щитовидного хряща, послонно отодвигая мягкие ткани, артерии и вены. Перевязку произвели выше отхождения а. thyreoidea superior и ниже отхождения язычной артерии. Послойное ушивание раны. Повязка.

2. Удаление опухоли крылонёбной, подвисочной ям, решётчатой и клиновидной пазух справа. Ход операции: произведено рассечение верхней губы по средней линии, далее под крылом носа до внутреннего угла глаза, вдоль нижнего угла орбиты. Отсепарирован кожно-мышечный лоскут, обнажена передняя поверхность верхней челюсти, произведено рассечение скуловой кости по ходу швов. Тупо удалена опухоль. При этом отмечалось частичное прорастание опухоли через заднюю и внутреннюю стенку в полость гайморовой пазухи, одновременно произведена гайморотомия. Ревизия пазухи. Образована единая полость (гайморовой, клиновидной и решётчатой пазух), которая рыхло затомпанирована йодоформной турундой, конец турунды выведен через носовой ход. Тело скуловой кости уложено на место и фиксирована в 3 местах мини пластиной, к скуловой дуге, лобному отростку и краю орбиты. Кожно-мышечный лоскут уложен на место, послонно ушит на всём протяжении. Повязка. Послеоперационный период протекал гладко.

Больному проведён курс антибактериальной и противовоспалительной терапии. Рана зажила первично. Швы сняты на восьмые сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Результат исследования. Состоит в замещении костных дефектов синтетическими биосовместимыми материалами, которые при введении в раневое ложе не должны оказывать токсическое действие и вызывать воспалительную реакцию.

Заключение. Главным условием для обеспечения феномена остеointegrации является стабильность положения имплантата в послеоперационном периоде. В челюстно-лицевой хирургии на сегодня нет адекватной альтернативы, среди костно-пластических материалов.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ СРЕДИННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ЛИЦА

Чудинов А.Н., Жажбаров А.Г., Абдуллатипов Г.М., Алимирзоев Ф.А.

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДГМУ, Республиканская детская клиническая больница, г. Махачкала

Лечение детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области является одной из наиболее сложных проблем в восстановительной хирургии у детей.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения с применением аутопластического материала при срединной расщелине лица.

Материал и методы.

Ребёнок И.И. – 16 лет, И.Б. № 18679, поступил в челюстно-лицевое отделение ДРКБ 12.11.18 года с диагнозом: срединная расщелина лица.

Сопутствующий: гипофизарный нанизм. Астневротический синдром.

Лицо ассиметричное за счёт вдавленного дефекта носовой области. Отсутствует носовой скат, носовые ходы сужены. Над верхней губой имеется послеоперационный рубец. В отделении ребёнок был обследован.

21.11.18 г. Ребёнку была произведена операция: аутопластика альвеолярного отростка верхней челюсти и носа. Хейлопластика.

Произведено иссечение рубцовых изменений на верхней губе. Рассечена круговая мышца рта по средней линии. Скелетированы фрагменты альвеолярного отростка. На концах фрагментов сформированы «площадки» для трансплантата.

Выполнен «птичкообразный» разрез на кончике носа (вокруг носовых отверстий). Сформировано ложе для трансплантата – перегородки носа. Послойный разрез до 10 см по краю гребня подвздошной кости справа. Скелетирован и резецирован край гребня подвздошной кости размером 2,5 x 4,5 см. Гемостаз.

Послойное ушивание раны. Сформирован из трансплантата – фрагмент для закрытия дефекта альвеолярного отростка. Последний уложен на место и фиксирован металлическими «шурупами» к верхней челюсти. Далее сформирован и уложен в созданное (межтканное) ложе перегородки носа. Последний фиксирован сверху к скату носа, а снизу к фрагменту альвеолярного отростка верхней челюсти. Гемостаз. Послойное ушивание раны верхней губы и носа.

Послеоперационный период протекал гладко. Ребёнку проведён курс антибактериальной и противовоспалительной терапии. Рана зажила первично. Швы сняты на 8-е сутки. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Результаты исследования и их обсуждение. Изменение внешнего облика ребёнка вырабатывает у него чувство собственной неполноценности, что приводит к патологической реакции поведения в детском коллективе. Это обстоятельство способствует расширению показаний к реконструктивным операциям на челюстях в детском возрасте.

Заключение. Наш опыт проведённых костно-пластических операций в челюстно-лицевой области говорит в пользу аутопластики: высокая биосовместимость с тканями воспринимаемого ложа, отсутствие реакций иммунологической несовместимости, хорошо выраженный остеорепаративный потенциал.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Шевелева Н.Ю., Гулиева А.Ю.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

Одним из наиболее приоритетных направлений современной стоматологии является разработка и внедрение программ профилактики стоматологических заболеваний у детей. Согласно данным, имеющимся в доступной литературе, на сегодняшний день известны и используются программы профилактики стоматологических заболеваний у здоровых детей, однако отсутствуют сведения о специальных обучающих программах в области обучения гигиене полости рта для детей младшего школьного возраста с нарушением сенсорных систем (слабослышашие).

Ранее изученные особенности соматического и психического статуса младших школьников с речевыми нарушениями подтверждают компенсаторное снижение порогов чувствительности других анализаторов, таких как кожно-вибрационный, зрительный, что, в свою очередь, в условиях стоматологического приема может являться дополнительным фактором, способствующим возникновению негативных эмоциональных состояний.

На базе ГБОУ школы-интерната № 31 г. Санкт-Петербурга было проведено исследование, целью которого явилось выявление уровня знаний и владения навыками по гигиене полости рта и профилактики стоматологических заболеваний в условиях профилактического стоматологического осмотра и лечения у детей младшего школьного возраста (7–8 лет) с нейросенсорной тугоухостью, вторичная ОНР I слабослышаших с кохлеарными имплантами (30 человек) и детей с нейросенсорной тугоухостью вторичная ОНР I без имплантов (20 человек).

Исходя из полученных результатов беседы-интервью и рисуночного теста «дерево», выявлено, что исследуемая группа детей младшего школьного возраста с нарушением сенсорных систем (слабослышашие) имеет различную типологию и индивидуальные особенности, вследствие чего, проводя обучение гигиене полости рта в данной группе детей, необходимо ориентироваться на дифференцированный и индивидуальный подход с использованием различных педагогических методов и приемов.

Клиническая диагностика слабослышаших детей подтвердила, что большинство из них не владеет правильной техникой чистки зубов, гигиенические навыки по уходу за полостью рта не сформированы, что обуславливает высокий показатель распространенности кариозного процесса в исследуемых группах.

Анализ группового наблюдения выявил, что при возникновении затруднений или если что-то не хотелось делать, дети вели себя так, словно не слышат и не понимают речи сурдопедагогов. Были зафиксированы вспышки агрессии при возникновении конфликтных ситуаций, некорректное отстаивание своей правоты при помощи «кулаков и зубов». У некоторых детей наблюдалась раздражительность при длительном занятии одной и той же деятельностью и неудовлетворенности выполнения задания. Также в процессе наблюдения была выявлена резко негативная реакция на незнакомого человека в белом халате. Перед осмотром, совместно с педагогом, приходилось успокаивать многих детей, используя объяснения, отвлекающие приемы и другие успокаивающие методы. Выявленные в ходе исследования психоэмоциональные особенности детей с нарушением слуха, свидетельствуют об их сниженной работоспособности и быстрой утомляемости, что затрудняет донесение необходимой информации, тем самым усложняет и процесс обучения.

Актуальность формирования индивидуальной программы профилактики основных стоматологических заболеваний детей с нарушением слуха, обусловлена их психологическими особенностями восприятия и усвоения информации, уровнем социальной адаптации, а также поведением на стоматологическом приеме.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абдуллатипов Г.М.....	28-29	Колосова О.В.....	17
Алимирзоев Ф.А.....	28-29	Кубаренко В.В.....	18
Белик Л.П.....	16	Мамедов А.А.....	11, 21-22
Бигаева У.С.,.....	28	Мачулина Н.А.....	14
Боровая М.Л.....	6	Мельникова Е.И.....	25
Бутвиловский А.В.....	13	Мешалкина И.В.....	23
Гаврилов А.Е.....	7	Наумович Д.Н.....	25
Гаджиев А.Р.....	8, 28	Пихур О.Л.....	24
Гамулина Е.А.....	21	Прядко И.В.....	7
Гольдштейн Е.В.....	10	Рустамова Г.Б.....	22
Гонтарь Е.А.....	7	Сажина О.С.....	17
Горбатова М.А.....	24	Симакова А.А.....	24
Горлачёва Т.В.....	9	Соколович Н.А.....	10
Горобец О.В.....	15	Солдатова Л.Н.....	24
Госьков И.А.....	10	Терехова Т.Н.....	9, 25
Гулиева А.Ю.....	30	Тишков Д.С.....	24
Гулько Е.М.....	6	Ткаченко Т.Б.....	26
Данилова Н.Б.....	10	Толстунов Л.Г.....	27
Дудник О.В.....	11, 21-22	Федорович Е.В.....	24
Жахбаров А.Г.....	28-29	Хачатурян А.В.....	24
Захарова И.А.....	13	Цуркан И.В.....	10
Зубкова Н.В.....	26	Чернявская Н.Д.....	25
Иорданишвили А.К.....	24	Чудинов А.Н.....	28-29
Каменских Д.В.....	14	Шаковец Н.В.....	25
Кленовская М.И.....	25	Шевелева Н.Ю.....	30
Колесник К.А.....	15	Яковлева Е.В.....	14
Колковская О.В.....	16		

Тезисы издаются в редакции авторов и не исправляются. За достоверность данных и научное содержание работы несет ответственность автор и его научный руководитель. Предоставление тезисов в оргкомитет означает, что авторы работы дают разрешение на публикацию тезисов и берут на себя ответственность за то, что содержание тезисов не нарушает авторских прав третьих лиц и не подпадает под действующие законодательные ограничения на распространение информации. Обязанность оформления других необходимых разрешительных документов лежит на авторах работы.



AMERICAN ORTHODONTICS RUSSIA

www.americanorthodontics.ru

ТЕХНОДЕНТ

АСТОК M

Центральный офис

Санкт-Петербург, наб. канала Грибоедова,
д. 5, оф. 414, 420 (БЦ "Грибоедов")
тел./факс: (812) 314-3578, 314-3176
e-mail: technodentspb@mail.ru

Офис в Москве (розничная торговля)

Москва, ул. Гиляровского,
д. 57, стр. 1, оф. 524 (БЦ "Центросоюз")
тел.: (499) 689-5038
e-mail: astokmsk@gmail.com

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ АППАРАТУРА ВЕДУЩИХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

БРЕКЕТЫ • ДУГИ

ЩЕЧНЫЕ ТРУБКИ

АППАРАТЫ • ИНСТРУМЕНТЫ



ПРУЖИНЫ • ПРОВОЛОКА
ЛИНГВАЛЬНЫЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ
ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ ВИНТЫ
ЭЛАСТИЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ

