



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ СЛОЖНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ ШКОЛА ДЕТСКИХ СТОМАТОЛОГОВ И ОРТОДОНТОВ

14-15
октября
2021 года



Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2021

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Международной конференции

СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ СЛОЖНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ ШКОЛА ДЕТСКИХ СТОМАТОЛОГОВ И ОРТОДОНТОВ

14–15 октября 2021 года

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2021

УДК 616.31(063)

ББК 56.6я5

С23

Сборник тезисов Международной конференции «Современная детская стоматология и ортодонтия». – СПб: Человек, 2021. – 37 с.

Научный комитет конференции:

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».

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 ПСПбГМУ, заведующий кафедрой стоматологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ, главный внештатный специалист детский стоматолог Минздрава России.

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

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 ПСПбГМУ.

Оргкомитет:

Издательство «Человек», Санкт-Петербург.

Издательство ООО «Человек»

199178, Россия, Санкт-Петербург, В.О., 8-я линия, д. 83, оф. 104.

Тел.: (812) 325-25-64. www.mirmed.ru. E-mail: zakaz@mirmed.ru.

Подписано в печать 08.10.2021. Формат 60×90/16.

Гарнитура Мириад. Усл.-печ. л. 2,25. Тираж 300 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	5
Баринов Е.Х., Иорданишвили А.К., Добровольская Н.Е., Иванова А.В.	
АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ПРИЗЫВНИКОВ И ВОЕННОСЛУЖАЩИХ (МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ МЕЖГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПОДХОД)	7
Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Щербович И.А., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Ахмедов А.А.	
АЛГОРИТМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОДУКЦИИ ТОРГОВОЙ МАРКИ «АСЕПТА» В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	9
Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Трещикова Т.М., Швецов М.М., Солдатов В.С., Беделов Н.Н., Васильев М.А.	
ОН СТОЯЛ У ИСТОКОВ ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЯМ.....	12
Иорданишвили А.К.	
ПРОФЕССОР В.А. ДУНАЕВСКИЙ – НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ 1-ГО ЛОТКЗМИ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА ПО ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	14
Иорданишвили А.К.	
НОВЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	17
Керимханов К.А., Беделов Н.Н., Иорданишвили А.К., Хазратов А.И., Рогов Н.А.	
ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ	19
Лунева Ю.А., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.	
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ. ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ	21
Малахова Н.Е.	

ДИАГНОСТИКА ВЫНУЖДЕННОГО РЕТРОПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА AQUASPLINT.....	22
Прохорова В.В., Солдатова Л.Н.	
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «ПРОБЛЕМНЫХ» ПАЦИЕНТОВ	24
Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Иорданишвили А.К.	
ДЕФЕКТЫ ЭМАЛИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	25
Сатыго Е.А.	
ИНВАЗИВНАЯ КАРБОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	28
Сериков А.А., Иорданишвили А.К.	
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РАСТУЩИХ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛЬЮ ОБОСНОВАНИЯ РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	29
Соколович Н.А., Саунина А.А., Петрова Н.П.	
ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ	31
Солдатова Л.Н., Мушегян П.А., Иорданишвили А.К.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИДОКАВЕРА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	32
Трещикова Т.М., Пирожинский В.В., Амро Абдаллах, Зайцев Е.А., Хазратов А.И., Иорданишвили А.К.	
ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА ФОРМУ ЗУБНЫХ ДУГ	33
Федорова А.В., Солдатова Л.Н.	
КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОДЕРЖАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА В СОЧЕТАНИИ С СОТРЯСЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	35
Ягмуров М.О., Толмачев И.А., Иорданишвили А.К.	
ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПРИ КАРИЕСЕ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.....	36
Климова Е.А., Бродина Т.В., Соколович Н.А.	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	36

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

**Баринов Е.Х., Иорданишвили А.К., Добровольская Н.Е.,
Иванова А.В.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва;
ФГБОУ ВО ВМедА С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия*

Стремительное развитие ортодонтии в отечественной стоматологии за последние 10 лет повлекло за собой рост профессиональных ошибок и активности пациентов к подаче жалоб и судебных исков. Основные сложности в решении поставленной задачи состоят в отсутствии четких критериев, согласно которым можно оценивать оказанную помощь и в отсутствии протоколов лечения в ортодонтической стоматологии. В последние 7 лет четко прослеживается тенденция к увеличению гражданских исков по отношению к врачам-стоматологам в 2, 3 раза, что связано в большей степени не с ухудшением качества оказания квалифицированной стоматологической помощи, в том числе и ортодонтической, а с увеличением активности населения в решении конфликтных ситуаций. Наиболее часто иски подаются в случаях оказания ортодонтической помощи детям.

Следует выделить следующие основные дефекты оказания ортодонтической стоматологической помощи детям: дефекты диагностики, лечебно-тактические дефекты, реабилитационные дефекты, дефекты ведения медицинской документации.

При анализе 100 медицинских карт стоматологического больного дефекты оказания при оказании ортодонтической стоматологической помощи, в 60% случаев отсутствует описание результатов рентгенологического исследования (прицельная рентгенография, панорамная ортопантомография и др.). В 61% медицинских карт стоматологического больного врачами не использовались дополнительные методы диагностики – функциональные, лабораторные и др. Часто отсутствовали сведения об общем анализе крови, цитологическом исследовании слизистой полости рта, исследовании слюны и др. Не были приведены данные о применении метода

электрoхимических потенциалов, электродиагностики, термоодонтодиагностики, внутриротовой параллелометрии. Отсутствовало измерение выносливости опорно-удерживающего аппарата зубов к вертикальной и горизонтальной нагрузке. Отсутствие этих сведений в медицинской документации приводит к неблагоприятному исходу решения экспертной комиссии при проведении комиссионной судебно-медицинской экспертизы. В 32% случаев было отмечено, что поставленный диагноз не соответствовал описанию клинической картины, что могло послужить неправильному выбору метода лечения.

Следует подчеркнуть тот факт, что, несмотря на наличие выявленных дефектов оказания ортодонтической помощи детям, в большинстве случаев вина ложилась на малолетних пациентов и на их родителей, которые неправильно осуществляли уход за опорно-удерживающим аппаратом зубов. Частично в этом прослеживается и вина врача, который неправильно или не в полном объеме дал рекомендации по уходу.

Для решения вышеописанных проблем необходимо детально изучить наиболее часто встречающиеся случаи неблагоприятных исходов при оказании ортодонтической помощи, систематизировать профессиональные причины, разработать критерии, что в совокупности позволит валидизировать соответствующие меры их профилактики.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ВОЕННО- ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ПРИЗЫВНИКОВ И ВОЕННОСЛУЖАЩИХ (МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ МЕЖГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПОДХОД)

**Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Щербович И.А.,
Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Ахмедов А.А.**

*ЧОУВО СПБМСИ, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России,
ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург,
Россия;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,
Узбекистан*

Важнейшей составляющей в подготовке офицеров и рядового состава Вооруженных сил Российской Федерации и Узбекистана является состояние их здоровья, в том числе стоматологического. В то же время в настоящих условиях отмечается снижение качества стоматологического здоровья молодежи в наши дни, причиной чего является уменьшение интереса практического здравоохранения к профилактической стоматологии и повышения роли замещающих технологий.

В Российской Федерации согласно Федеральному закону от 28 марта 1998 года № 53-ФЗ «О воинской обязанности военной службе» граждане, поступающие на военную службу по призыву, а также в военные образовательные организации должны соответствовать требованиям, установленным для граждан, поступающих на военную службу по призыву или контракту, в том числе по состоянию их здоровья.

На примере Российской Федерации обсуждается порядок организации и проведения медицинского освидетельствования указанных граждан, который определяется Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 года № 565. Отмечается, что граждане с аномалией прикуса первой степени

с жевательной эффективностью менее 60% и с аномалией прикуса второй степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью менее 60% освидетельствуются по пункту «б» статьи 56 расписания болезней графы I расписания болезней и признаются В – ограниченно годными к военной службе и не годными к поступлению в военно-учебное учреждение. Граждане с аномалией прикуса второй степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью более 60%, лечение которого проводится методом брекет-систем, освидетельствуются по пункту «в» статьи 56 расписания болезней графы I расписания болезней и признаются Б – годными к военной службе с незначительными ограничениями и показателем предназначения для прохождения военной службы. Подчеркивается, что наличие у граждан назубных несъемных ортодонтических аппаратов (брекет-систем) как метода лечения аномалии прикуса первой степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно) не препятствует прохождению военной службы и поступлению в военно-учебные учреждения. При этом отмечается, что в настоящее время ортодонтическая помощь в Вооруженных силах Российской Федерации и Узбекистане практически не оказывается ввиду отсутствия специалистов.

АЛГОРИТМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОДУКЦИИ ТОРГОВОЙ МАРКИ «АСЕПТА» В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Трещикова Т.М.,
Швецов М.М., Солдатов В.С., Беделов Н.Н., Васильев М.А.**

*МАНЭБ, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова Минздрава России,
Таицкая амбулатория Гатчинской Межрайонной клинической больницы,
п.г.т. Тайцы Гатчинского района Ленинградской области,
СПбГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»,
ООО Лечебно-диагностический центр «Альфа-дент»,
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
ООО «Denta Plus», г. Дербент; Санкт-Петербург, Россия*

Гигиеническое воспитание, состоящее из пропаганды здорового образа жизни и обучения методам гигиены полости рта, является одним из основных и доступных мероприятий по первичной профилактике стоматологических заболеваний. В то же время реализация гигиенического воспитания весьма сложна у детей до трех лет. Из-за этого до настоящего времени имеются практические сложности в проведении ухода за полостью рта детям до трех лет, так как имеется своя специфика и трудности.

Для проведения индивидуального ухода за полостью рта у 19 детей до 3 лет были рекомендованы к использованию исключительно отечественные предметы и средства. Так, рекомендовались к использованию родителями «АСЕПТА® BABY ВЛАЖНЫЕ САЛФЕТКИ-НАПАЛЬЧНИКИ» (с рождения ребенка), «АСЕПТА® BABY ЗУБНАЯ ПАСТА» (с 0 до 3 лет), производителем которых является фармацевтическая компания «ВЕРТЕКС» (Санкт-Петербург, Россия), а также зубные щетки хорошо известного отечественного бренда «R.O.C.S.® PRO BABY для малышей от 0 до 3 лет» (Россия).

Отметим, что одноразовые стерильные влажные салфетки в форме напальчников (саше) явились наиболее удобным предметом для осуществления деликатной гигиены полости рта. Их использование родителями позволило приучить детей к регулярной чистке зубов и десен, так как с их помощью гигиена полости рта осуществлялась очень бережно с массажем

десен, что уменьшало неприятные ощущения при прорезывании зубов, а также предупреждало воспаление десен и препятствовало развитию кариеса зубов. Отметим, что активными компонентами пропитки этих салфеток-напальчников является ксилит, кальция пантотенат, экстракт ромашки, гамамелиса и зеленого чая.

«АСЕПТА® BABY ЗУБНАЯ ПАСТА» использовалась родителями, а ближе к 3-летнему возрасту под их контролем непосредственно детьми с зубной щеткой «R.O.C.S.® PRO BABY для малышей от 0 до 3 лет». Эта зубная паста, активными компонентами которой являются экстракт алоэ и ромашки, масло фенхеля, кальция лактат, а также ксилит, вообще не содержит фторидов, абразивов, парабенов, антисептиков, красителей, лаурилсульфата натрия и применялась ежедневно, обеспечивая бережный уход за деснами и молочными зубами за счет мягкой гелевой основы, отсутствие воспаления десен и неприятных ощущений при прорезывании зубов. Согласно аннотации производителя, применение детьми этой зубной пасты способствует также поддержанию нормальной микрофлоры ротовой полости, а также она безопасна при случайном ее проглатывании.

Родители отмечали, что дети не имели негативного отношения к зубным щеткам «R.O.C.S.® PRO BABY для малышей от 0 до 3 лет», что, очевидно, обусловлено уменьшенным диаметром щетинок и их увеличенного количества в пучке, что обеспечивало бережную, но эффективную чистку зубов, а также с интересом воспринимали ручку-«кусалку».

Таким образом, при надлежащем подходе со стороны детского стоматолога и родителей можно с использованием отечественных предметов и средств ухода за полостью рта обеспечить надлежащий уровень индивидуальной гигиены у детей до трех летнего возраста.

Одной из задач гигиенического воспитания детей младшего возраста является обучение их гигиеническому уходу за полостью рта и зубами, а главное – формирование у них отношения с предметами и средствами гигиены полости рта как к обязательному компоненту их жизни. Это обычно усложняет малый их словарный запас.

Для проведения индивидуального ухода за полостью рта у 13 детей от 4 до 8 лет были рекомендованы к использованию исключительно отечественные

предметы и средства. Так, рекомендовались к использованию родителями «АСЕПТА®KIDS ЗУБНАЯ ПАСТА» (с 4 до 8 лет), производителем которой является фармацевтическая компания «ВЕРТЕКС» (Санкт-Петербург, Россия), а также зубные щетки хорошо известного отечественного бренда «R.O.C.S.®KIDS для детей с 3 лет» (Россия). Эта зубная паста, активными компонентами которой являются экстракт алоэ и ромашки, экстракт гаммамелиса, кальция лактат, а также ксилит, и которая не содержит фторидов, парабенов, антисептиков, сахара, лаурилсульфата натрия, применялась ежедневно 2–3 раза в день. Ее использование детьми обеспечивало бережный уход за деснами и зубами за счет мягкой гелевой основы и профилактики воспаления десны и образование кариеса зубов.

Дети не имели негативного отношения к уходу за зубами и полостью рта, активно пользовались зубной пастой и с интересом воспринимли и пользовались зубной щеткой «R.O.C.S.®KIDS для детей с 3 лет», так как ручка этой зубной щетки выполнена в виде волшебной палочки. Таким образом, при надлежащем подходе со стороны детского стоматолога, родителей и при заинтересованности ребенка можно с использованием отечественных предметов и средств ухода за полостью рта обеспечить надлежащий уровень индивидуальной гигиены у детей в возрасте от 4 до 8 лет.

Дети старше 8 лет и подростки обычно достаточно дисциплинированы и, при надлежащем контроле со стороны родителей или воспитателей и педагогов, хорошо ухаживают за зубами и полостью рта при активном применении различных предметов и средств.

Опыт использования отечественных предметов и средств ухода за полостью рта у 14 детей от 8 лет и подростков показал, что при регулярном 2–3 разовом уходе за полостью рта в течение 2–3 мин возможно с помощью отечественных предметов и средств обеспечить высокую степень защиты зубов от кариеса и десен от воспаления. Хорошо себя зарекомендовала «АСЕПТА®TEENS ЗУБНАЯ ПАСТА» (от 8 лет), производителем которой является фармацевтическая компания «ВЕРТЕКС» (Санкт-Петербург, Россия), а также зубные щетки хорошо известного отечественного бренда «R.O.C.S.®TEENS для детей и подростков». Активными компонентами зубной пасты являются аминофторид (олафлур), экстракт алоэ, экстракт

календулы и ксилит. Дети и подростки хорошо воспринимали эту зубную пасту, так как она обладает ярким вкусом коктейля из абрикоса, персика и сливок. Она не содержит парабенов, антисептиков, агрессивных абразивов и лаурилсульфата натрия. Детьми и подростками она применялась ежедневно 2–3 раза в день. Ее использование препятствовало образованию налета, а за счет ксилита и аминофторида она повышала устойчивость эмали зубов к воздействию кариесогенных факторов. Это важно при низкой концентрации фторидов в питьевой воде в зонах проведения клинического исследования, где проживали дети и подростки.

Дети и подростки также не имели негативного отношения к уходу за зубами и полостью рта, активно пользовались зубной пастой и с интересом воспринимали и пользовались зубной щеткой «R.O.C.S.®TEENS для детей с 8 лет и подростков». За счет инновационной технологии тройной полировки кончиков щетины, а также уникальной формы головки этой зубной щетки, им удавалось качественно очистить все поверхности зубов, что подтверждалось при различных методах окрашивания налета. Т. е. при надлежащем подходе со стороны детского стоматолога, родителей и при заинтересованности ребенка и подростка можно с использованием отечественных предметов и средств ухода за полостью рта обеспечить надлежащий уровень индивидуальной гигиены у детей в возрасте от 8 лет и подростков.

Таким образом, имеющаяся продукция АО «ВЕРТЕКС» торговой марки «АСЕПТА» позволяет осуществлять индивидуальную гигиену полости рта у детей любого возраста и подростков.

ОН СТОЯЛ У ИСТОКОВ ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЯМ

Иорданишвили А.К.

МАНЭБ, ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург, Россия

В наши дни имя доктора медицинских наук Павла Георгиевича Дауге не на слуху. Подавляющее большинство выпускников стоматологических факультетов

тетов не знают о профессиональной деятельности П.Г. Дауге и его вкладе в развитие отечественной стоматологии. В то же время о деятельности этого выдающегося профессионала и Человека можно прочитать в монографиях, а также в ряде энциклопедических изданий, в том числе Большой советской энциклопедии, а также в Википедии. В этой статье хотелось бы уделить внимание вкладу П.Г. Дауге (рис.) в сохранение стоматологического здоровья детского населения.



Рис. Заслуженный работник культуры Латвийской ССР, доктор медицинских наук Павел Георгиевич Дауге (фото из исторического альбома кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, заведенного профессором М.В. Мухиным в начале 50-х годов XX века)

Профессиональная и общественная деятельность П.Г. Дауге, как врача, наиболее ярко проявилась на должности заведующего зубоврачебной подсекцией Наркомата здравоохранения РСФСР, которую он занял исключительно по рекомендации В.И. Ленина, так как был с ним лично знаком, являясь профессиональным революционером. При этом П.Г. Дауге одновременно являлся членом коллегии Наркомата здравоохранения республики (1918–1928 гг.).

В 1922 г. П.Г. Дауге опубликовал статью, в которой изложил «Проект систематической борьбы с костоедой зубов в РСФСР», а в 1931 г. на основании его рекомендаций Наркоматом здравоохранения РСФСР был издан циркуляр № 25 «Об обязательной санации полости рта детей школьного возраста». П.Г. Дауге одним из первых ратовал и настоятельно рекомендовал всем территориальным и ведомственным отделам здравоохранения проводить плановую санацию полости рта детям, а также некоторым категориям взрослых людей.

Подчеркнем, что, будучи на должности заведующего зубоврачебной под-секцией Наркомата здравоохранения РСФСР, П.Г. Дауге в 1922 г. стал инициатором и основателем существующего до сих пор профессионального научно-практического журнала «Вестник государственного зубоврачевания» («Журнал одонтологии и стоматологии» (1923–1926 гг.), «Одонтология и стоматология» (1927–1930 гг.), «Советская стоматология» (1931–1936 гг.)), который с 1937 г. по настоящее время называется журнал «Стоматология», единственного профильного журнала на 2021 г., который входит в международные базы данных.

П.Г. Дауге один из первых стал отстаивать для зубных врачей обязательное высшее медицинское образование, говорил об обязательности последующей специализации стоматологов, хотя был противником создания стоматологических факультетов, так как считал, что при такой организации они не будут отличаться от существовавших в то время зубоврачебных школ.

Также интересно отметить, что П.Г. Дауге был ярким сторонником и одним из учредителей Всероссийского общества развития и распространения идей кремации в РСФСР, одной из главных задач которого являлась пропаганда идей кремации среди населения страны. Следует отметить, что это общество работало в тесном сотрудничестве с Союзом воинствующих безбожников.

ПРОФЕССОР В.А. ДУНАЕВСКИЙ – НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ 1-ГО ЛОТКЗМИ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА ПО ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Иорданишвили А.К.

*МАНЭБ, ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России,
Санкт-Петербург, Россия*

В день 100-летия выдающегося ученого, клинициста, педагога и общественного деятеля профессора Владимира Арсеньевича Дунаевского следует

вспомнить его заслуги перед стоматологией. Так, известно, что летоисчисление кафедры стоматологии детского возраста с курсом челюстно-лицевой хирургии началось в 1973 г., когда, благодаря стараниям профессора В.А. Дунаевского, был создан курс стоматологии детского возраста, который возглавила опытный педагог и отличный клиницист Лидия Михайловна Клячкина.

Кроме этого, среди научных направлений и важных организационных предложений профессора В.А. Дунаевского следует считать организацию в г. Ленинграде в 1969 г. единой СИСТЕМЫ централизованной помощи пациентам с опухолями челюстно-лицевой области, что, по сути, создало новое направление в специальности – онкостоматологию. Необходимо также подчеркнуть, что в создании такой системы большую роль сыграли представители военной медицины – а именно профессор М.В. Мухин и член-корреспондент АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор, полковник медицинской службы Б.Д. Кабаков, которые последовательно возглавляли кафедру челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Создание такой единой системы позволило повысить эффективность профилактических мероприятий, а также улучшить диагностику, совершенствовать специальные методы лечения и реабилитации пациентов с опухолями челюстно-лицевой локализации не только в г. Ленинграде и Ленинградской области, но и в отдаленных регионах, которые мы сегодня относим к Северо-Западному федеральному округу России. Это яркий пример комплексного решения крупной научно-практической задачи, обеспечивший всеми видами лечения онкостоматологических пациентов, в том числе и их реабилитацию с применением разнообразных методов восстановительной хирургии и челюстно-лицевого протезирования.

Другое важное направление, которое сумел разглядеть В.А. Дунаевский на заре его становления, – применение микрососудистой техники при операциях свободного перемещения сложных лоскутов. Именно в этот раздел восстановительной хирургии профессор В.А. Дунаевский направил наиболее перспективных учеников и не ошибся. Несмотря на заслуги в этой области восстановительной хирургии московской школы под руководством профессора А.И. Неробеева, наша Ленинградская школа также была и находится на

должном уровне. В этом большая заслуга доктора медицинских наук Н.В. Калакютского, а в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова – профессора Г.И. Прохвятилова.

Понимая, что проблема целостности в восстановительной хирургии головы и шеи неразрывно связана с комплексным подходом к ее разрешению, что обеспечивает оптимальные результаты лечения, профессор В.А. Дунаевский счел необходимым признать организацию в крупных городах СССР специализированных центров, занимающихся обследованием, лечением и наблюдением за детьми, страдающими расщелинами губы и неба. Решение В.А. Дунаевским такой важной задачи можно продемонстрировать на примере ЭстССР. При его непосредственном участии и в соответствии с приказами Министерства здравоохранения ЭстССР № 84 от 15 апреля 1964 г. и № 319 от 28 сентября 1977 г. в республике было налажено комплексное (хирургическое, ортодонтическое, логопедическое и др.) лечение носителей расщелин губы и неба; организован учет, диспансерное наблюдение и комплексное лечение этой группы пациентов с привлечением всех необходимых специалистов.

В.А. Дунаевский также много сделал для развития отечественной челюстно-лицевой травматологии, в чем ему помогли его известные коллеги – М.М. Соловьев, Б.Л. Павлов, Е.Ш. Магарилл и др. В клинической работе, а также в научной, учебной и методической работе его верным спутником и помощником была доцент Елена Григорьевна Криволуцкая – талантливый и вдумчивый клиницист.

Надо также сказать о профессоре В.А. Дунаевском как о человеке, причем с большой буквы. Как настоящий участник Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., он был скромен. Он не имел каких-либо «почетных» и «заслуженных» званий, но он имел ИМЯ и исключительный, непревзойденный АВТОРИТЕТ. Для своих коллег и учеников он всегда был самый ПОЧЕТНЫЙ и ЗАСЛУЖЕННЫЙ в хирургии, педагогике, организации лечебного процесса, а также в общественной работе. Не случайно он продолжительное время был членом редакционного совета научно-практического журнала «Стоматология».

НОВЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

**Керимханов К.А., Беделов Н.Н., Иорданишвили А.К.,
Хазратов А.И., Рогов Н.А.**

*МАНЭБ, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, ЧОУВО СПбМСИ,
Санкт-Петербург, Россия;
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд,
Узбекистан*

Проведено клиническое наблюдение за лечением травматических поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) у лиц разного возраста с использованием для местного применения отечественного препарата «Аргакол», в который входят, согласно аннотации, гидролизат коллагена, натриевая соль альгиновой кислоты, антисептики с различными механизмами действия (катапол, диоксидин, повиаргол), а также гипохлорит натрия, глицерин и консерванты – нипагин, нипазол, а производителем данного средства является «Еврокосмед-Ступино» (Московская область, Россия). У всех пациентов травматические повреждения слизистой оболочки полости рта были представлены эрозивным и эрозивно-язвенным стоматитом.

Пациентов в процессе лечения наблюдали на протяжении до 10 суток от начала лечения. Местное применение указанного лекарственного средства повторялось с периодичностью три раза в день, после приемов пищи, путем нанесения на очаги поражения до эпителизации травматических повреждений.

Для обеспечения объективности полученных результатов лечения травматических поражений использовали ранее предложенный полуколичественный метод (Иорданишвили А.К., 2019), который заключается в присвоении каждому из наблюдавшихся у пациентов симптомов одного из трех условных обозначений, указывающих на отсутствие или выраженность клинических симптомов. Т. е. на основании анализа симптоматики травматического стоматита с помощью индексного способа оценивали

степень тяжести течения данной патологии, на основании учета следующих клинических симптомов и их бальной оценки, а именно:

1. Патологические ощущения (боль): отсутствуют – 0; умеренно выраженные – 1; выраженные болевые ощущения – 5.
2. Характеристика очага травматического поражения слизистой оболочки полости рта: очаг поражения не определяется – 0; визуализируется эрозия или эрозии в области протезного ложа – 1; диагностируются эрозивно-язвенные поражения протезного ложа и поля – 5.
3. Наличие гиперемии слизистой оболочки полости рта: гиперемия отсутствует, СОПР бледно-розовая – 0; умеренная (легкая) гиперемия СОПР – 1; выраженная гиперемия (ярко-красная) СОПР – 5.
4. Наличие отека слизистой оболочки полости рта: отсутствует – 0; слабая степень проявления отека СОПР – 1; выраженный отек СОПР – 5.
5. Площадь очага травматического поражения слизистой оболочки полости рта (определяется с помощью прозрачной миллиметровой гибкой пластинки размером 11 × 11 мм): травма СОПР не определяется – 0; площадь очага поражения до 9 мм² – 1; площадь 10 мм² и более – 5.

После регистрации симптомов в полости рта, согласно способу, осуществляли подсчет баллов и оценивали тяжесть течения травматического поражения слизистой полости рта у каждого пациента следующим образом: 0 – нет патологии; 1–4 балла – легкая степень тяжести травматического стоматита; 5–9 баллов – травматический стоматит средней тяжести; 10–25 баллов – тяжелая степень тяжести течения травматического стоматита. В конце лечения определяли эффективность проведенной терапии по формуле: Эффективность (%) = 100 × (А – В): А, где А – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения травматического стоматита до начала терапевтических мероприятий; В – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения рассматриваемой патологии (Иорданишвили А.К., 2019) на 3-и, 6-е и 9-е сутки от начала лечения.

По совокупности полученных клинических результатов исследования, а также статистических данных, установлена большая эффективность в терапии травматического стоматита лекарственного средства «Аргакол». Так, установлено, что на 9-е сутки в исследования эффективность лечения соста-

вила 85,2–90,5%. Очевидно, такая высокая активность «Аргакола» при травматических поражениях СОПР обусловлена его возможностью образовывать на поверхности раны эластичную воздухо- и водонепроницаемую пленку, что наряду с бактерицидным, противовоспалительным и ранозаживляющим эффектами, обусловленными компонентами, входящими в его состав, и повышает его эффективность при травмах СОПР. Полагаем, что лекарственное средство «Аргакол» имеет значительные перспективы в стоматологической практике при лечении травматических повреждений СОПР, губ и языка, в том числе обусловлены ношением пациентами ортодонтической аппаратуры и зубных протезов.

ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Лунева Ю.А., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.

*ЧОУВО СПбМСИ, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург,
Россия*

Актуальность. Высокий уровень интенсивности и распространенности основных стоматологических заболеваний у детей в периоде сменного прикуса наряду с низким уровнем гигиены полости рта и недостаточной санитарно-просветительной работой в области профилактики стоматологических заболеваний со стороны специалистов в большинстве случаев приводят к возникновению хронических очагов инфекции в полости рта. Данная ситуация в дальнейшем исключает возможность применения методов первичной профилактики и требует зачастую хирургической стоматологической помощи, что подразумевает под собой большую трудоемкость, а также оценку и предупреждение рисков возможных осложнений.

Цель работы. Оценить нуждаемость в хирургической санации полости рта у детей с нарушением зрения.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 45 детей (22 девочки и 23 мальчика) с патологией органа зрения в возрасте от пяти до девяти лет. Клиническое исследование заключалось в объективном обследовании твердых тканей зубов пациентов с последующей регистрацией данных, в определении интенсивности, распространенности стоматологических заболеваний, а также в определении доли компонентов индекса КПУ+кп. На основании полученных данных была проведена оценка нуждаемости в хирургической санации полости рта у детей с нарушением зрения.

Результаты. На основании полученных данных объективного обследования детей, интенсивность течения кариеса зубов среди слабовидящих детей 5–7 лет – $3,5 \pm 0,15$, 7–9 лет – $3,8 \pm 0,12$. Среди незрячих детей интенсивность течения кариеса зубов в подгруппе 5–7 лет составила – $4,1 \pm 0,12$, 7–9 лет – $4,7 \pm 0,1$. Среди обследуемых детей было выявлено, что распространенность кариеса достигала 100%, а наибольшую долю в индексе КПУ+кп составил показатель зубов с осложненными формами кариеса, а также зубов, которые, как правило, подлежали удалению.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что недостаточная и зачастую несвоевременно проведенная профилактическая работа формирует пациентов группы риска в вопросах возникновения осложненных форм кариеса, а преобладающий компонент пораженных кариесом зубов создает клиническую настороженность и обязывает своевременно осуществлять хирургическую санацию полости рта для сохранения зачатков постоянных зубов.

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ. ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ

Малахова Н.Е.

*Кафедра стоматологии общей практики
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. С самого раннего возраста возникают сложности с формированием прикуса и прорезыванием зубов: нарушена последовательность прорезывания зубов и сроки, все чаще встречаются адентия или сверхкомплектные зубы, раннее возникновение вредных привычек. Вопрос о целесообразности и эффективности раннего ортодонтического лечения постоянно поднимается в различных литературных источниках. Противоречия связаны с неоправданной длительностью лечения, неустойчивостью результатов и сопутствующими осложнениями в виде деминерализации эмали. В том числе продолжающийся рост челюсти в ряде случаев создает предпосылки к непредсказуемому результату ортодонтического лечения (Зернов А.В., 2013; Капьева Р.Ф., 2018; Губанова О.И., 2018; Прохорова В.В., 2019).

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 47 историй болезни детей в возрасте 7–12 лет, которые проходили ортодонтическое лечение с использованием ортодонтической аппаратуры, а именно несъемные небные расширители ($n = 21$), частичная брекет-система ($n = 8$), съемный одночелюстной аппарат ($n = 14$), твин-блок ($n = 10$), аппарат Френкеля ($n = 10$), эластопозиционер ($n = 14$). У всех детей была выявлена аномалия прикуса в 3 плоскостях, сочетающаяся с аномалией положения отдельных зубов. Алгоритм использования аппаратуры составлялся на основании данных клинической и рентгенологической диагностики. Пациенты разделены на 2 группы, в зависимости от количества аппаратов. В первой группе у пациентов использовалось 3 аппарата ($n = 31$), во второй группе – 2 аппарата ($n = 16$).

Результаты лечения: в результате раннего ортодонтического лечения у 10 пациентов сохранялись показания к использованию полного объе-

ма несъемной техники, у 4 пациентов это было связано с вестибулярным положением клыков на верхней челюсти, у 2 пациентов – затрудненное и аномальное прорезывание вторых моляров на нижней челюсти, у 4 человек сохранялось несоответствие зубных рядов зубоальвеолярной формы. У 5 человек наблюдалось нейтральное соотношение зубных рядов, однако была скученность резцов 1-й степени, в связи с чем пациенты изъявляли личное желание провести детализацию положения отдельных зубов по эстетическим показаниям. Таким образом, у 31,9% пациентов от общей группы исследования планировалось применение несъемной техники в полном объеме. Однако длительность лечения, по предварительным прогнозам, должна была составлять около 12 месяцев. По сложности – предстоящее ортодонтическое лечение оценивалось как «несложное с прогнозируемым и стабильным результатом».

Выводы:

1. Во всех клинических случаях раннее ортодонтическое лечение оказалось эффективным, так как минимизировало возможную вероятность лечения с помощью брекет-системы.
2. Составление такого протокола лечения, когда в 68% случаев отсутствовала целесообразность в проведении дальнейшего ортодонтического лечения, является успешным и значимым для практической стоматологии.

ДИАГНОСТИКА ВЫНУЖДЕННОГО РЕТРОПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА AQUASPLINT

Прохорова В.В., Солдатова Л.Н.

*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России,
ООО «Альфа-Дент», Санкт-Петербург, Россия*

Введение. По данным различных литературных источников, частота встречаемости патологии прикуса у подростков варьирует от 50 до 80%.

Известно, что ортодонтическое лечение в подростковом возрасте более стабильно, чем во взрослом возрасте. Огромную роль в сохранении результата лечения играет правильная диагностика, в том числе скрытых аномалий прикуса. С ростом цифровых технологий увеличивается количество детей и подростков, страдающих нарушениями осанки и, как следствие, приводящее к развитию патологии прикуса. В настоящее время частота встречаемости дистального прикуса у подростков составляет около 20%, а глубокого – около 23%. При данных патологиях возможно вынужденное положение нижней челюсти в саггитальной плоскости, связанное с аномалиями положения зубов. Стандартные методы диагностики не позволяют выявить истинное положение нижней челюсти в саггитальной плоскости, что может привести к ошибкам планирования и проведения ортодонтического лечения. В последствии данный результат может стать причинами рецидива, дисфункции ВНЧС и пр. и, как следствие, повторного ортодонтического лечения. Насыщенный ритм жизни современных подростков затрудняет использование съемных конструкций для постоянного ношения.

Цель исследования: оценить эффективность применения аппарата Aquasplint для диагностики вынужденного положения нижней челюсти в саггитальном направлении у подростков.

Материалы и методы. Было осмотрено 37 подростков в возрасте от 12 до 18 лет с постоянным прикусом. У 11 (29,8%) из них наблюдалась дистальная окклюзия, у 9 (24,3%) – дистальный глубокий прикус, у 2 (5,4%) – глубокий прикус, а 15 (40,5%) были выявлены прочие аномалии прикуса. Пациентам с дистальным, глубоким и дистальным глубоким прикусом было предложено провести диагностику с применением аппарата Aquasplint для выявления вынужденного положения нижней челюсти и дальнейшего корректного планирования ортодонтического лечения. Среди данных пациентов 7 человек (31,8%) отказались от данного варианта диагностики. Другим пациентам (68,2%) был назначен аппарат Aquasplint для диагностики вынужденного положения нижней челюсти. Ношение данного аппарата проходило в течение 2 месяцев 2–4 часа днем + ночью.

Результат. По данным опроса – 12 (80%) из 15 подростков использовали аппарат Aquasplint по указанному графику. Пациенты отмечали мобильность,

комфорт ношения и удобство использования аппарата. У 5 (41,6%) человек спустя 2 месяца отмечалось изменение положения нижней челюсти – антепозиция. В полости рта определялся первичный контакт в области резцов, который вызывал блокирование и функциональное смещение нижней челюсти. У одного подростка (8,3%) наблюдались деформация и нарушение целостности подушек Aquasplint, т. е. результаты применения аппарата отсутствовали.

Выводы: таким образом, аппарат Aquasplint может применяться у подростков с целью диагностики вынужденного ретроположения нижней челюсти. Планирование дальнейшего лечения становится более предсказуемым и стабильным. График ношения и конструкция аппарата не вызывают дискомфорт у пациентов, что является преимуществом при использовании его в современной ортодонтической практике.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «ПРОБЛЕМНЫХ» ПАЦИЕНТОВ

Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Иорданишвили А.К.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд,
Узбекистан;*

*ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, МАНЭБ,
Санкт-Петербург, Россия*

В стоматологической практике нередко встречаются случаи длительно-го неэффективного лечения пациентов с сочетанной патологией, которых обычно называют «проблемными пациентами». Обычно их направляют от одного специалиста к другому и рекомендуют пройти большое количество обследований, а затем многочисленные курсы терапии.

Повышения эффективности лечения и профилактики рецидивирования заболеваний можно добиться при условии лечения «проблемного пациента», а не его болезней. Именно этого принципа придерживается интегративная стоматология, как новый раздел современного здравоохранения.

Именно таким вопросам была посвящено руководство для врачей-стоматологов «Клиническая стоматология: официальная и интегративная», вышедшее в свет в Санкт-Петербурге в 2008 г. под редакцией профессора А.К. Иорданишвили.

В докладе рассмотрен широкий круг вопросов относящиеся к новому направлению современной медицины – интегративной стоматологии, а именно возможности фармакотерапии, клеточных технологий и регенеративной медицины, фитотерапии, а также новые подходы к питанию пациентов в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В реализации этого направления сохраняют особую актуальность вопросы качественной гигиены полости рта (индивидуальной и профессиональной), без которых невозможна эффективная стоматологическая реабилитация, а также грамотного применения пациентами предметов и средств для ее осуществления.

ДЕФЕКТЫ ЭМАЛИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сатыго Е.А.

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург,
Россия*

Дефекты эмали распространены среди населения в целом, и, согласно сообщением, от 20 до 80% населения мира имеют дефекты эмали. Часто таким пациентам необходимо ортодонтическое лечение. Широкий диапазон зарегистрированных дефектов эмали в значительной степени обусловлен критериями включения того, что составляет дефект эмали (например фактическая гипоплазия или недостаток количества эмали по сравнению с изменением цвета, указывающим на гипоминерализацию, флюороз и кариес). Развитие эмали может быть нарушено различными воздействиями окружающей среды и генетическими изменениями.

Большое количество исследований показывают разную эффективность различных подходов в профилактике белых пятен эмали во время ортодонтического лечения. Разрабатываются материалы с фтором для установки брекетов. Предлагается проводить гигиену полости рта зубными пастами с высоким содержанием фтора, обсуждаются профессиональные средства для профилактики. В последние годы обсуждается эффективность сочетанного использования фторидов, гидроксиапатита и соединений кальция. Методика глубокого фторирования эмали изучена и эффективность ее подтверждена в исследованиях.

В исследовании приняли участие 54 пациента в возрасте от 14 до 18 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы. Пациентам предлагался один из трех алгоритмов профилактики кариеса, они самостоятельно выбирали один, наиболее приемлемый вариант.

1-я группа пациентов (20 человек) – средний возраст 16,5 лет. Индекс гигиены – $(64,32 \pm 8,92)\%$. У всех пациентов группы выявлены дефекты эмали в виде пятен некариозного происхождения. После установки брекет-системы всем пациентам ежемесячно в день осмотра проводили профессиональную гигиену полости рта, после которой вокруг каждого брекета (клея для брекетов) и на все дефекты эмали наносили препарат Фтор-Люкс («ТехноДент», Россия) для глубокого фторирования. Сначала эмаль пропитывали жидкостью, содержащей гексафторсиликат магния, слегка подсушивали для увеличения концентрации. Затем обрабатывали суспензией гидроокиси кальция. В результате взаимодействия нерастворимые кристаллические соли фториды магния и кальция образуются в геле кремниевой кислоты, удерживающей кристаллы в дефектах эмали вокруг брекета или клея).

Пациентам было рекомендовано использовать дважды в день для домашней гигиены полости рта зубную пасту R.O.C.S. ProBrackets&Ortho.

2-я группа пациентов (18 человек) – средний возраст 16,8 лет. Индекс гигиены – $(62,57 \pm 7,16)\%$. У всех пациентов группы выявлены дефекты эмали в виде пятен некариозного происхождения. После установки брекет-системы всем пациентам ежемесячно в день осмотра проводили профессиональную гигиену полости рта, после которой вокруг каждого брекета

(клея для брекетов) и на все дефекты эмали наносили лак Фтор-Люкс («ТехноДент», Россия). Лак содержит фторид кальция, фторид натрия, аминофторид и пленкообразователь в легколетучем растворителе. Пациентам было рекомендовано использовать дважды в день для домашней гигиены полости рта зубную пасту R.O.C.S. ProBrackets&Ortho.

3-я группа пациентов (16 человек) – средний возраст 16,4 лет. Индекс гигиены – $(66,34 \pm 6,53)\%$. У всех пациентов группы выявлены дефекты эмали в виде пятен некариозного происхождения. После установки брекет-системы всем пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта в стандартные сроки (каждые 6 месяцев) с последующим использованием фтористых лаков. Пациенты использовали дважды в день для домашней гигиены полости рта зубную пасту, содержащую монофторфосфат.

Всем пациентам была проведена санация полости рта до установки брекет-системы, а также на этапах лечения. Средний срок лечения не превышал 30 месяцев. Для профилактики кариеса в виде белых пятен на зубах у пациентов с некариозными поражениями зубов при ортодонтическом лечении целесообразно проводить профессиональную гигиену полости рта ежемесячно со снятием дуги. Наибольшей эффективностью обладает сочетание домашней гигиены полости рта с использованием кальцийсодержащей пасты и нанесение ежемесячно препарата Фтор-люкс для глубокого фторирования («ТехноДент», Россия) вокруг брекетов и в области некариозных пятен.

ИНВАЗИВНАЯ КАРБОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Сериков А.А., Иорданишвили А.К.

*ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, МАНЭБ,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Хроническими болями при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава страдает в среднем 15–20% пациентов. Артралгии височно-нижнечелюстного сустава плохо поддаются лечению, мучительны, часто рецидивируют, поэтому оптимизация лечения таких пациентов весьма актуальна.

Цель исследования состояла в оценке эффективности инвазивной карбокситерапии в лечении синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Материал и методы. Проведено наблюдение за 33 пациентами, которые страдали синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. В 1-й (контрольной) группе пациентов (12 чел.) на протяжении 9 суток применяли один из нестероидных противовоспалительных препаратов индометацин, который использовался согласно общепринятых рекомендаций. У пациентов 2-й (основной) группы (12 чел.) использовался метод инвазивной карбокситерапии, заключающийся в подкожном введении углекислого газа.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что применение инвазивной карбокситерапии было более эффективно для устранения болевого синдрома при болевой дисфункции ВНЧС, чем назначение НПВП. На 3-и, 9-е и 15-е сутки наблюдения инвазивная карбокситерапия была эффективнее использования нестероидного противовоспалительного средства у пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС, соответственно, на 12,0, 9,2 и 4,3%.

Вывод. Показана высокая эффективность метода инвазивной карбокситерапии для устранения болевого симптома при болевой дисфункции, которая составила 44,9% на 3-и сутки, 83,5% – на 9-е сутки и 100% – на

15-е сутки лечения пациентов. Также отмечены преимуществами метода карбокситерапии, а именно его хорошая переносимость при скудном количестве противопоказаний, связанных с общим состоянием здоровья, а также состоянием кожного покрова в месте инъекции. Сделан вывод, что применение метода инвазивной карбокситерапии перспективно в комплексном лечении пациентов с рассматриваемым в работе заболеванием.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РАСТУЩИХ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛЬЮ ОБОСНОВАНИЯ РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Соколов Н.А., Саунина А.А., Петрова Н.П.

Кафедра стоматологии ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Заболевания верхних дыхательных путей являются одним из этиологических факторов развития патологии окклюзии у растущих пациентов. При клиническом осмотре у таких детей наблюдаются признаки аденоидного типа лица: отсутствие контакта между губами, изменение высоты нижней трети лица, протрузия резцов верхней челюсти, дизокклюзия во фронтальном участке, заднее положение нижней челюсти. Наиболее точным методом оценки состояния верхних дыхательных путей является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). Благодаря трехмерному анализу возможна точная визуализация и измерение объема носоглотки, ротоглотки и гортаноглотки.

Цель исследования: проведение сравнительной оценки объема верхних дыхательных путей у растущих пациентов с зубочелюстной аномалией первого и второго классов по классификации Энгля (МКБ – K07.20).

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 30 пациентов в возрасте 12–14 лет. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от вида аномалии окклюзии. Было обследовано 15 пациентов 1-й группы с нейтральной окклюзией и 15 пациентов 2-й группы, у которых был выявлен дистальный прикус с протрузией передней группы

зубов на верхней челюсти (II класс 1-й подкласс по классификации Энгля). У всех пациентов в анамнезе отсутствовало ранее проведенное ортодонтическое лечение. В процессе исследования были выполнены клинические, антропометрические и рентгенологические методы исследования. У всех пациентов были получены 3D контрольно-диагностические модели и КЛКТ с разрешением 15×15. Цефалометрический анализ и измерение объема верхних дыхательных путей до нижней границы третьего шейного позвонка проводились в программе Dolphin (версия 11.5; Dolphin Imaging and Management).

Результаты и обсуждение: у пациентов первой группы среднее значение объема верхних дыхательных путей составило $12,278,4 \pm 745,3$ мм³, у пациентов второй группы – $10,356.8 \pm 543,6$ мм³. По данным цефалометрического анализа, значение угла SNB у пациентов первой группы составило $79,86 \pm 1,97^\circ$, у пациентов второй группы – $75,46 \pm 1,64^\circ$. Уменьшение значения угла SNB сопровождается уменьшением объема верхних дыхательных путей.

Выводы: у растущих пациентов с дистоокклюзией наблюдается ретроположение нижней челюсти и сокращение в объеме верхних дыхательных путей. Важно мотивировать детей и их родителей на проведение раннего ортодонтического лечения с целью профилактики развития осложнений со стороны зубочелюстного аппарата и общего состояния здоровья. В процессе ортодонтического лечения таких пациентов необходимо не только устранять нарушения по трансверзали, но и изменять соотношения челюстей в сагиттальной плоскости путем перемещения нижней челюсти вперед с целью нормализации состояния верхних дыхательных путей. При выраженных нарушениях ортодонтическое лечение следует проводить с привлечением врачей-интернистов (отоларингологов, педиатров и психологов).

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Солдатова Л.Н., Мушегян П.А., Иорданишвили А.К.

*ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, МАНЭБ, ФГБВОУ
ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия*

Травматические повреждения слизистой оболочки полости рта часто встречаются у детей и подростков, а также являются главным предрасполагающим фактором развития онкостоматологической патологии среди пожилых и старых людей.

Целью исследования явилась оценка эффективности их лечения с использованием современных отечественных средств «Асепта® адгезивный бальзам для десен» и «Асепта® гель для десен с прополисом». Данные средства применяли согласно существующей инструкции по их использованию.

Сравнительная оценка эффективности лечения травматических поражений слизистой оболочки полости рта показала целесообразность применения современных отечественных средств Асепта® адгезивный бальзам для десен в течение первых 2 дней от начала терапии, а затем Асепта® геля для десен с прополисом, до полного заживления травматических повреждений. Сравнительная оценка влияния на репаративные процессы слизистой оболочки полости рта в сравнении с другими средствами аналогичного действия показала эффективность последовательного использования современных отечественных средств «Асепта® адгезивный бальзам для десен» и «Асепта® гель для десен с прополисом».

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИДОКАВЕРА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Трещикова Т.М., Пирожинский В.В., Амро Абдаллах,
Зайцев Е.А., Хазратов А.И., Иорданишвили А.К.**

*Таицкая амбулатория Гатчинской Межрайонной клинической больницы,
п.г.т. Тайцы Гатчинского района Ленинградской области,
ООО «ВВПстом», ООО «Амро», ЧОУВО СПБМСИ, МАНЭБ,
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург,
Россия;
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд,
Узбекистан*

В последние годы на рынке лекарственных препаратов для стоматологии появляются новые отечественные средства. Так, нами было апробировано в клинической практике детской стоматологии и стоматологии для взрослых новый лекарственный препарат «Лидокавер» (производитель АО «ВЕРТЕКС», Россия), который представляет собой гель для нанесения на десны и предназначен для использования в детской стоматологии. Согласно инструкции препарат назначают детям с 5-месячного возраста при прорезывании зубов. Наш опыт применения «Лидокавера» в детской стоматологии показал, что, на основании опроса родителей, последние отмечали по состоянию детей о том, что препарат быстро помогал устранить боль и неприятные ощущения при раздражении десен и при прорезывании зубов. Будучи местноанестезирующим средством, содержащим в своем составе такие действующие вещества, как лидокаин гидрохлорид (3,3 мг) и цетиллиридин хлорид (1,0 мг), данный гель после нанесения на слизистую оболочку и десну быстро купировал болевой симптом, что улучшало состояние детей.

Кроме детской стоматологии, данное лекарственное средство нашло применение в стоматологической практике при лечении взрослых пациентов, страдающих травматическими, воспалительными и другими поражениями слизистой оболочки полости рта, в том числе герпетическим стоматитом, язвенно-некротическим гингивостоматитом афтозным

стоматитом, кандидозным стоматитом, протезными стоматитами разной этиологии и др. Во всех клинических случаях назначение «Лидокавера» способствовало быстрому устранению болевого симптома за счет местно-анестезирующих свойств препарата, а также уменьшало воспалительные процессы слизистой оболочки и десен, очевидно, за счет содержащегося в средстве цетилпиридиния хлорида, обладающего антисептическими свойствами. Несколько пациенток, страдающих глоссалгией, также отмечали положительный лечебный эффект от применения «Лидокавера».

Осложнений и каких-либо неприятных ощущений дети и взрослые при использовании «Лидокавера» не испытывали. Полагаем, что данный лекарственный препарат «Лидокавер», представляющий собой гель для нанесения на десны, будет широко применяться в стоматологической практике.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА ФОРМУ ЗУБНЫХ ДУГ

Федорова А.В., Солдатов Л.Н.

*ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России,
ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России,
ООО «Альфа-Дент», Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. В ортодонтической практике наблюдается высокая встречаемость асимметричной формы зубных дуг. Причем данные изменения могут быть обнаружены как у пациентов с зубоальвеолярными аномалиями, так и без нарушений основных ключей окклюзии.

Цель исследования. Определить встречаемость асимметричной формы зубных дуг, связанной с влиянием вредных привычек.

Материалы и методы. Были обследованы 80 пациентов в возрасте от 14 до 45 лет.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования продемонстрировали высокую встречаемости аномальной формы зубных дуг. Нару-

шения наблюдались в 87% случаях. В ходе сбора анамнеза было выявлено наличие взаимосвязи данных изменений с вредными привычками в детском возрасте. При этом в 18% случаев наблюдалось двустороннее изменение формы, связанное с ротовым дыханием и парафункцией языка. Асимметричные зубные дуги были отмечены у 69% обследованных. Этиопатогенез формирования 56% аномалий был отнесен к вредным привычкам в детском возрасте и нарушениям прорезывания зубов. Закусывание щек и предметов с привычной стороны, сон на одной стороне, подкладывание рук под нижнюю челюсть – все эти патологические двигательные реакции были выявлены в ходе сбора анамнеза и проведения осмотра. Остальные 13% обнаруженных случаев приходились на последствия асимметричного удаления зубов в ходе ортодонтического лечения и отсутствия зачатков зубов.

Заключение. В результате исследования были отмечены причины формирования аномалийных форм зубного ряда. Для профилактики данных изменений необходимо своевременное устранение этиопатогенетических факторов. Внимательное отношение к ребенку и работа над формированием правильных гигиенических и функциональных привычек, своевременное обращение к смежным специалистам, контрольные осмотры у врача-стоматолога и ортодонта являются первостепенными задачами стоматологической профилактики.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОДЕРЖАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА В СОЧЕТАНИИ С СОТРЯСЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ягмуров М.О., Толмачев И.А., Иорданишвили А.К.

ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

На основе изучения 296 историй болезни пострадавших с травмой мягких тканей лица, лицевого черепа и головного мозга, проходивших стационарное лечение в специализированном отделении многопрофильного стационара мегаполиса, и 438 Заключений (Акт) экспертов, составленных по отношению к той же категории пострадавших в отделе живых лиц Бюро судебно-медицинской экспертизы Санкт-Петербурга в 2010–2014 гг. в статье представлена комплексная судебно-медицинская характеристика содержания медицинской документации пациентов с повреждениями мягких тканей лица и лицевого черепа, сочетающихся с травмой головного мозга. Проведенное исследование позволило дать критическую оценку степени судебно-медицинской информативности клинической и экспертной документации пострадавших с сочетанной травмой мягких тканей лица, лицевого черепа и головного мозга, а также выявить степень достаточности содержащихся в этих документах сведений для объективного обоснования свойств травмирующего предмета, механизма и давности возникновения повреждений, степени тяжести причиненного ими вреда здоровью, оценки качества оказания медицинской помощи. В работе сформулированы основные принципы, обеспечивающие необходимую информативность содержания клинической и экспертной документации для решения специальных вопросов судебно-медицинской экспертизы пострадавших с сочетанной травмой мягких тканей лица, лицевого черепа и головного мозга.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПРИ КАРИЕСЕ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Климова Е.А., Бродина Т.В., Соколович Н.А.

*Кафедра стоматологии ФГБОУ ВО СПбГУ, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Минздрава России*

Опираясь на статистически значимые исследования и современные публикации, поиск критериев биосовместимости материалов является важной проблемой не только стоматологии, но и медицины в целом.

Современные композиционные материалы в своей основе содержат бис-фенол-глицидилметакрилат или мономер Bis-GMA. С применением коффердама и совершенствованием методик изоляции рабочего поля данные материал все чаще применяются в практике детских стоматологов наряду с применением стеклоиономерных цемента.

Цель исследования – обосновать подход к выбору реставрационного материала для лечения кариеса 1-го класса по Блэку

Исследовались материалы различной структуры – СИЦ – Витремер и композит – Filtek.

Материалы и методы. Отобраны 158 общесоматически здоровых детей с неотягощенным аллергологическим анамнезом в возрасте 12 лет с компенсированной формой кариеса. Проведены рентгенологические исследования, фотографирование реставраций, а также изучен спектр микробиоты с их поверхности методом ПЦР и метагеномного секвенирования.

Выводы:

1. Качество реставраций со стеклоиономерным цементом и композитом является удовлетворительным.
2. Материалы являются биоинертными по показателям pH.
3. Активация ферментов ротовой жидкости и изменений качественного состава микробиоты при применении стеклоиономерного цемента были менее выражены.
4. Преимущество биосовместимости стеклоиономерного цемента по сравнению с композитом.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Амро Абдаллах	32	Прохорова В.В.....	22
Ахмедов А.А.	7	Ризаев Ж.А.	7, 24
Баринев Е.Х.	5	Рогов Н.А.	17
Беделов Н.Н.....	9, 17	Сатыго Е.А.....	25
Бродина Т.В.	36	Саунина А.А.	29
Васильев М.А.	9	Сериков А.А.....	28
Добровольская Н.Е.....	5	Соколович Н.А.	29, 36
Зайцев Е.А.	32	Солдатова Л.Н.	7, 9, 19, 22, 31, 33
Иванова А.В.....	5	Солдатов В.С.	9
Иорданишвили А.К.	5, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 24, 28, 31-32, 35	Толмачев И.А.....	35
Керимханов К.А.	17	Трещикова Т.М.	9, 32
Климова Е.А.....	36	Федорова А.В.....	33
Лунева Ю.А.	19	Хазратов А.И.....	7, 17, 24, 32
Малахова Н.Е.	21	Швецов М.М.	9
Мушегян П.А.	31	Щербович И.А.	7
Петрова Н.П.....	29	Ягмуров М.О.....	35
Пирожинский В.В.....	32		



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.