



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

III МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

2

октября
2020 года



Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2020

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

III Международной
научно-практической конференции

СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

2 октября 2020 года

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2020

УДК 616.31(063)
ББК 56.6я5
С23

Сборник тезисов III Международной научно-практической конференции «Современная детская стоматология и ортодонтия». – СПб: Человек, 2020. – 49 с.

Научный комитет конференции:

Дроботько Л.Н. – доцент кафедры детской стоматологии ФГБОУ ВО 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 МЗ РФ.

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 МЗ РФ.

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

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:

Организатор: кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ.

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 25.09.20. Формат 60×90/16.
Гарнитура Мириад. Усл.-печ. л. 2,75. Тираж 300 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ САМОЛИГИРУЮЩИХ БРЕКЕТ-СИСТЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ ГОРОДА ВОЛГОГРАДА	5
Андрянова Я.Н., Онищенко Л.Ф., Мансур Ю.П.	
ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА	6
Баширова А.Р., Карибова Б.С.	
ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ.....	8
Боева П.А., Воробьева Н.В., Сакерина А.И., Ткаченко Т.Б.	
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПАРОДОНТИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИЗУЛИНГВАЛА.....	9
Васильев М.А., Керимханов К.А., Беделов Н.Н.	
ДИСТОПИЯ И РЕТЕНЦИЯ ЗУБОВ МУДРОСТИ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ.....	10
Васильченко Г.А., Иорданишвили А.К., Керимханов К.А., Беделов Н.Н.	
ПРИМЕНЕНИЕ ЗАКИСЬ АЗОТА-КИСЛОРОДНОЙ СЕДАЦИИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	11
Викторова А.А., Никитина Т.Б.	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ И ВЫБОР ТАКТИКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗАЧАТКОВ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ.....	12
Госьков И.А., Гамаонова К.А., Филоненко С.А.	
ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ	13
Гулиева А.Ю., Шевелева Н.Ю.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРГАКОЛА В ЛЕЧЕНИИ РАН СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ.....	15
Гусейнов Р.З., Иорданишвили А.К.	
«СЛУЧАЙНЫЕ» НАХОДКИ ПРИ АНАЛИЗЕ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОРТОДОНТИИ.....	15
Дечкина В.П., Ковалева Е.В., Симакова А.А., Гржибовский А.М., Горбатова Л.Н.	
Л.М. КЛЯЧКИНА – ВИДНЫЙ ДЕЯТЕЛЬ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.....	16
Иорданишвили А.К.	
ПЕПТИДНАЯ БИОРЕГУЛЯЦИЯ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	17
Иорданишвили А.К., Васильев М.А., Серикова А.Г., Сериков А.А., Музыкин М.И., Самсонов В.В.	
ПРОФЕССОР ТАМАРА МОИСЕЕВНА ЛУРЬЕ И ЕЕ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	18
Иорданишвили А.К.	
ПУТИ СОХРАНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	19
Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Жмудь М.В., Жмудь О.Н., Переверзев В.С.	
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА РЕБЕНКА НА ВЫБОР СЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ	21
Кардаков Д.А., Пряженник Ю.М., Ткаченко Т.Б.	
ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ЛЕЙКОЗАМИ И СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ	22
Кардашенко Я.Р., Ткаченко Т.Б.	
ИЗМЕНЕНИЕ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ.....	23
Кардашенко Я.Р., Медведева А.В., Муранова А.А., Ткаченко Т.Б.	
ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	23
Кардашенко Я.Р., Медведева А.В., Муранова А.А., Ткаченко Т.Б.	
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕНТОФОБИИ СРЕДИ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ВОЛГОГРАДА И ВОЛЖСКОГО	24
Киба К.А., Кантария Г.О., Онищенко Л.Ф.	
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ.....	25
Леонтьева Т.С., Симакова А.А., Федорович Е.В., Горбатова М.А.	
ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРЫ.....	26
Малахова Н.Е.	

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ.....	27
Насретдинова Н.Ю., Ворожцова Л.И., Мандра Ю.В.	
ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ	28
Прикуле Д.В., Пивоваров А.А.	
ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОЛИМОРБИДНОСТЬ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	30
Робустова Т.Г., Иорданишвили А.К., Лысков Н.В., Коровин Н.В.	
ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ РАСЧЕТ ТОПОЛОГИИ ЭЛАЙНЕРОВ.....	30
Рыбаков А.В., Соколович Н.А., Ткаченко Т.Б.	
ОПЫТ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРОДУКЦИИ.....	31
Солдатов В.С., Беделов Н.Н., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.	
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В РОССИИ.....	32
Солдатова Л.Н., Керимханов К.А., Иорданишвили А.К.	
ВЫБОР ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА.....	33
Солдатова Л.Н., Зуйкова М.А.	
ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ.....	34
Солдатова Л.Н., Лунева Ю.А.	
ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ОТ 6 ДО 12 ЛЕТ.....	35
Солдатова Л.Н., Солдатов В.С., Иорданишвили А.К.	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	36
Степанова Ю.В.	
АНАЛИЗ ПРОФИЛЬНЫХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ И ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ С ЭЛЕМЕНТАМИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА «ALLEGRO».....	37
Тимченко В.В., Фадеев Р.А.	
МЕТОДИКА ВНУТРИРОВОТОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА.....	38
Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В., Косач С.А.	
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА.....	39
Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В.	
ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ С 4 ДО 8 ЛЕТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕДМЕТОВ И СРЕДСТВ.....	40
Трещикова Т.М., Васильев М.А., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.	
ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ РТА И МОТИВАЦИИ ПО УХОДУ ЗА НИМ У ПОДРОСТКОВ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ.....	40
Улитовский С.Б., Шевцов А.В.	
ФАКТОРЫ РИСКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ.....	41
Федорович Е.В., Симакова А.А., Горбатова М.А.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПОДРОСТКАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНЫХ АППАРАТОВ.....	42
Чернова К.Д., Афонина И.В.	
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОГО ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	43
Шаковец Н.В., Антоненко А.Н., Жилевич А.В., Свирская А.В.	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.....	45
Шарангин Н.М.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕДМЕТОВ И СРЕДСТВ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ ОТ 8 ЛЕТ И ПОДРОСТКОВ.....	46
Шецов М.М., Солдатов В.С., Солдатова Л.Н., Беделов Н.Н., Иорданишвили А.К.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ.....	47
Шхагошева А.А., Подмарькова А.О.	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	49

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ САМОЛИГИРУЮЩИХ БРЕКЕТ-СИСТЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ ГОРОДА ВОЛГОГРАДА

Андриянова Я.Н., Онищенко Л.Ф., Мансур Ю.П.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ, г. Волгоград

Введение. Красивая улыбка и здоровые зубы являются залогом здоровья и отчасти успеха в жизни каждого человека. Однако данные эпидемиологических исследований показывают, что распространенность стоматологических заболеваний остается на достаточно высоком уровне. Негативное влияние на повседневную жизнь детей оказывает не только зубная боль, но и наличие зубочелюстных аномалий. Зубочелюстные аномалии встречаются у 65–89% детей, что определяет необходимость ортодонтического лечения. Мы анализировали частоту использования самолигирующих брекет-систем.

Цель исследования. Анализ частоты применения самолигирующих брекет-систем при лечении зубочелюстных аномалий у детей различных возрастов в стоматологических поликлиниках города Волгограда.

Материалы и методы. Был проведен анализ 131 амбулаторной карты пациентов, которые проходили лечение с применением несъемных ортодонтических аппаратов различных видов в 4 стоматологических клиниках г. Волгограда: ГАУЗ КСП №10 (32 медицинские карты) (Советский район), ГАУЗ СП №1 (34 медицинские карты) (Центральный район), ГАУЗ СП №8 (34 медицинские карты) (Дзержинский район), СП ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» (31 медицинская карта). Также было проведено анкетирование и опрос пациентов на предмет их осведомленности о существовании самолигирующих брекет-систем, преимуществах, недостатках, возможности применения. Анкетирование было анонимным и добровольным.

Результаты исследования. Анкетирование и опрос показали, что врачи информируют пациентов обо всех возможных вариантах лечения (87%), пациенты знают о самолигирующих брекет-системах, преимуществах и ценовой политике данного лечения (84%). На основании данных, полученных при сборе и анализе информации амбулаторных карт пациентов, проходивших ортодонтическое лечение, были получены следующие результаты.

Название стоматологической поликлиники	Использование самолигирующей брекет-системы от общего числа ортодонтических пациентов	Использование других ортодонтических аппаратов от общего числа ортодонтических пациентов
ГАУЗ КСП №10	9,38%	90,62%
ГАУЗ СП №1	73,53%	26,47%
ГАУЗ СП №8	5,88%	94,12%
СП ФГБОУ ВО клиника стоматологии ВолгГМУ	87,09%	12,91%

Выводы. Таким образом, частота использования современных самолигирующих брекет-систем в различных стоматологических поликлиниках г. Волгограда не одинакова. В учреждениях, находящихся в центре города, данная система активно применяется, чаще всего самолигирующие брекет-системы используются в СП ФГБОУ ВО клиника стоматологии ВолгГМУ (87,09%). В поликлиниках, расположенных в районах, удаленных от центра города, самолигирующие брекет-системы используются недостаточно часто. Вероятнее всего, данное явление связано с финансовым положением пациентов, обра-

щающихся за стоматологической помощью, так как самолигирующие брекет-системы стоят дороже других несъемных аппаратур, и не зависит от осведомленности пациентов по данному вопросу. Установление достоверных причин будет являться предметом дальнейшего исследования.

ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Баширова А.Р., Карибова Б.С.

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

Врожденные пороки развития (ВПР) челюстно-лицевой области являются одной из важнейших проблем современной медицины. Это связано с частотой развития, тяжестью анатомических и функциональных нарушений, а также тяжестью социальной адаптации и психического состояния пациентов. По разным данным, ВПР составляют примерно 20% причин детской смертности, из них врожденные аномалии челюстно-лицевой области, при которых наблюдается высокая детская смертность, занимают 30%. Показатели популяционной частоты пороков колеблются в широких пределах, составляя, по данным ВОЗ, в отдельных странах от 2,7 до 16,3%.

Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН) относятся к наиболее распространенным и тяжелым порокам развития челюстно-лицевой области, а в структуре антенатальной патологии занимает второе место. В структуре поражений краниофациальной и челюстно-лицевой областей ВРГН составляют до 90%. Большинство детей с этим пороком с момента рождения – инвалиды и нуждаются в длительном комплексном специализированном лечении, особом уходе и воспитании. ВРГН в раннем возрасте приводит к нарушению сознания, глотания, дыхания и речи, что способствует к развитию различных заболеваний. Тяжесть данных состояний определяется не только внешней обезображенностью лица, выраженными функциональными нарушениями со стороны зубочелюстного аппарата и ЛОР-органов (дыхания, питания, речи, мимики, слуха), социальной ущербностью детей в семье, дошкольных и школьных коллективах, но и рядом соматических расстройств, ведущих к нарушению роста и развития всего организма.

ВРГН является многофакторной патологией, в которой могут иметь значение различные эндогенные, экзогенные, а также генетические факторы. ВПР челюстно-лицевой области имеют широкий спектр этиологических факторов, которые подразделяются на следующие основные группы: мультифакториальные, моногенные, тератогенные, хромосомные и так называемые с неустановленной этиологией. Некоторые авторы считают, что установление причины возникшего патологического состояния является необходимым в каждом клиническом случае. Это связано с дальнейшим адекватным ведением больных в комплексной медико-социальной реабилитации и предупреждением их формирования и развития среди населения.

Причины возникновения ВРГН можно подразделить на экзогенные и эндогенные. Имеются сведения о влиянии на развитие и формирования ВРГН гипертермии, которая связана с тем, что при сильном повышении температуры тела у беременных наблюдается тератогенный эффект. Это приводит к тому, что необходим контроль температуры, что может уменьшить влияние гипертермии на возникновение ВРГН. Имеются сведения, подтверждающие взаимосвязь между возникновением ВРГН и высокими дозами ионизирующего излучения. Важно отметить, что одним из важных этиологических факторов в формировании и развитии врожденных пороков челюстно-лицевой области являются химические факторы.

Нарушение пролиферации клеток на ранних стадиях эмбриогенеза происходит при токсикозах беременных, хроническом алкоголизме, анемиях, маточных кровотечениях, сопровождающихся выраженной гипоксией, что приводит к нарушению нормального морфогенеза челюстно-лицевых структур.

Также стоит отметить и влияние на формирование врожденных пороков челюстно-лицевой области дефицита фолиевой кислоты в следствии неполноценного и несбалансированного питания. Это подтверждается проведенными исследованиями, где выявлялись факты предотвращения рецидивов ВРГН в семьях с назначением в рационе питания фолиевой кислоты. В то же время, обогащение пищевых продуктов фолиевой кислотой снижает частоту рождения детей с данными пороками развития.

Необходимо уточнить, что в формировании и развитии врожденных пороков челюстно-лицевой области имеют важное клиническое значение гормональный дисбаланс. Так, у матерей с такими заболеваниями, как сахарный диабет, фенилкетонурия, увеличивается вероятность рождения ребенка с ВРГН.

Также благодаря проведенными исследованиями установлена непосредственная взаимосвязь лекарственных препаратов и ВРГН. Лекарственные препараты в высоких дозах оказывают тератогенный эффект, способствующий внутриутробной недоразвитости органов и тканей полости рта, а также челюстно-лицевой области.

Одним из наиболее важных этиологических факторов развития ВРГН является инфекционный. Вирусные и бактериальные заболевания, протекающие в первом триместре беременности (краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз и т.д.), могут приводить к развитию врожденных пороков челюстно-лицевой области.

Также многими авторами установлена прямая связь курения, прием алкоголя беременной с возникновением ВРГН. Не следует уменьшать и влияние наследственности на риск рождения детей с данными врожденными пороками развития. Помимо этого есть сведения указывающие на влияние наследственности на локализацию и тип ВРГН.

В патогенезе расщелин верхней губы и неба важное значение отводится несвоевременному прорастанию мезенхимальной ткани, уменьшению ее в объеме, а также нарушению активности данных тканей. Во внутриутробном развитии плода верхняя часть лицевой области, верхняя губа, альвеолярный отросток формируются из носолобного бугра. При этом формирование лица и зарастание образующих его отростков заканчивается к 7-й неделе гестации. Если в данный период беременности отмечается тератогенное воздействие, то увеличивается вероятность возникновения развития врожденных аномалий челюстно-лицевой области, так как мезенхима, лишенная мезодермальной основы, разрушается, вследствие чего возникает дефект щели, полный или частичный, с одной или обеих сторон по отношению к межчелюстной кости. Также установлена прямая связь: чем раньше воздействует тератогенный фактор, тем тяжелее врожденная аномалия. Далее в внутриутробном развитии плода происходит образование неба, которое формируется из пластинчатых выростков на внутренней поверхности верхнечелюстных бугров. Они растут навстречу друг другу и срастаются между собой и носовой перегородкой, формируя твердое и мягкое небо. Полное сращение данных отростков происходит на 10–11 неделях внутриутробного развития. Однако при воздействии агрессивных факторов внешней и внутренней среды в данный период беременности формируются расщелины твердого и мягкого неба. В целом, основу механизма развития расщелин неба составляет недостаточность процесса слияния лицевых анатомических образований, а также количество и место положения зародышевого прерывания. Такая ситуация способствует недостаточному слиянию мышечных структур и костей челюстно-лицевого скелета, которая проявляется в виде врожденной расщелины верхней губы и альвеолярного отростка.

При этом у детей с ВРГН в структуре клинических форм преобладают более тяжелые формы – врожденные расщелины неба и комбинированные расщелины, достигающие в сумме 72,8%. У некоторых детей с врожденными расщелинами неба наблюдается врожденное недоразвитие всех отделов верхней челюсти (микрогнатия). Также следует отметить, что, помимо деформации верхней челюсти, при расщелинах неба выявляется врожденное недоразвитие мышц мягкого неба и среднего отдела глотки, неполноценность которых с возрастом только увеличивается.

Тактика хирургического лечения детей с ВРГН должна основываться на ряде принципов: выполнение четко обоснованных этапов лечения с целью восстановления естественных контуров и пропорций лица, развития нормальной речи в соответствующих анатомо-физиологических условиях, создание предпосылок для формирования ортогнатического прикуса и непрерывного эстетически привлекательного зубного ряда и профилактики выраженных деформаций средней зоны лица в дальнейшем.

Независимо от вида и степени врожденного дефекта 1-й этап хирургического лечения – первичная хейлоринопластика – выполняется в течение первых 2–3 месяцев жизни ребенка и направлен на устранение дефектов и деформаций верхней губы и носа. Восстановление топографии структур носогубной области в ходе выполнения первичной хейлоринопластики наряду с достижением хороших эстетических результатов обеспечивает адекватную физическую нагрузку на исходно смещенные фрагменты верхней челюсти.

Второй этап оперативного лечения – пластика мягкого неба – выполняется в один из значимых периодов формирования речи ребенка – в 6–8 мес. Восстановление положения и непрерывности мышечных структур мягкого неба и дозированное уменьшение глоточного пространства в этом возрасте является надежной профилактикой появления гнусавости, носовой эмиссии и компенсаторных механизмов артикуляции – типичных клинических проявлений ринолалии, присущих всем пациентам при проведении пластики неба в возрасте 1,5–2 лет и старше.

Таким образом, полное базовое хирургическое лечение ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба завершается в течение 1-го года его жизни, обеспечивая его раннюю и полноценную реабилитацию в современном социуме.

К числу обоснованно значимых этапов последующей хирургической реабилитации пациентов относится устранение расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти.

Проблема лечения детей с ВРГН остается по-прежнему актуальной как в России, так и по всему миру. Необходима дальнейшая совместная деятельность специалистов различных направлений с целью обогатить знания, специальность, выработать единую тактику реабилитации и привести к прогрессу в решении проблемы лечения детей с расщелиной губы и неба. Помимо совершенствования хирургического лечения необходимо помнить и о специализированной реабилитации пациентов с ВРГН и с другой врожденной патологией челюстно-лицевой области. Успехи в области профилактики наследственной и врожденной патологии стали особенно заметными в последние годы. Это стало возможно благодаря внедрению в практику диагностики в пренатальном периоде. Необходимо продолжать и развивать как можно более раннюю диагностику врожденной патологии челюстно-лицевой области. Пренатальная диагностика позволяет добиться установления точного диагноза заболевания, составление прогноза, плана лечения, позволяет повысить эффективность психологического сопровождения родителей пациентов в пренатальном периоде и лечения в период новорожденности.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Боева П.А., Воробьева Н.В., Сакерина А.И., Ткаченко Т.Б.

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

Введение. По данным государственной статистической отчетности РФ первое ранговое место в структуре заболеваемости детского населения занимает патология ЛОР-органов, среди которой у детей дошкольного возраста преобладает развитие хронического тонзиллита – 45,2%. Особенности

клинической картины, длительность течения данного заболевания, а также непосредственная анатомическая и функциональная связь с полостью рта обуславливают необходимость изучения взаимосвязи поражения органов челюстно-лицевой области с данной ЛОР-патологией у детей.

Цель. Оценить стоматологический статус детей 3–10 лет с хроническим тонзиллитом для обоснования необходимости профилактики кариеса зубов, заболеваний пародонта и зубочелюстных аномалий у данной группы.

Материалы и методы. Проведено анкетирование родителей по поводу течения беременности, частоты заболеваемости ребенка за год, наличия у него признаков ротового или смешанного типов дыхания, особенностей гигиенического ухода за полостью рта ребенка. В ходе клинического исследования проводили изучение медицинских карточек, опрос и клиническую оценку состояния полости рта 49 детей (34 мальчиков и 15 девочек) 3–10 лет, которые находятся на динамическом диспансерном наблюдении по поводу хронического тонзиллита с разной степенью тяжести. Обследование проводили в детской городской поликлинике №30. Во время изучения медицинских карточек обращали внимание на срок нахождения ребенка на диспансерном учете, клиническое обследование проводили по методике ВОЗ (1989). Состояние твердых тканей временных зубов оценивали с использованием показателей распространенности (%), интенсивности кариеса зубов (кпз); гигиену полости рта – по индексу Ю.А. Федорова – В.В. Володкиной (1971). Для регистрации данных обследования использовали специально разработанные медицинские карты стоматологического больного.

Результаты. В ходе анкетирования выявлено, что около 70% детей чистят зубы один раз в день и нерегулярно, что 100% обследованных имеют высокий уровень потребления углеводов в своем ежедневном рационе, лишь 11% детей употребляют чистую воду или ополаскивают ротовую полость после приема кариесогенной пищи. Оценивая состояние гигиены полости рта, в группе детей с сопутствующей патологией определили, что она неудовлетворительна и составляет 2,3 балла. У 22 детей выявлен кариес, что соответствует уровню распространенности в 44%. В ходе клинического исследования у 31 ребенка диагностированы зубочелюстные аномалии (63%) и у 29 детей – ротовое дыхание (82%).

Выводы. У детей с хроническим тонзиллитом выявлено ухудшение состояния гигиены полости рта, наличие высокого уровня распространенности кариеса и зубочелюстных аномалий, преобладание смешанного или ротового типов дыхания. Проведенные нами исследования обуславливают необходимость разработки и внедрения в практическое здравоохранение комплексных методов профилактики стоматологической патологии у данной группы пациентов.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПАРОДОНТИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИЗУЛИНГВАЛА

Васильев М.А., Керимханов К.А., Беделов Н.Н.

*ООО «Парацельс Стома», ООО «МЕДИС», Санкт-Петербург;
ООО «Denta Plus», г. Дербент*

Стоматологические проявления сахарного диабета у детей и взрослых людей разнообразны. Наиболее частым стоматологическим проявлением сахарного диабета 2 типа как у детей, так и у взрослых, является воспалительная патология пародонта, которая требует комплексного лечения. Учитывая важную роль иммунных нарушений, а также важную роль ангиопатии в развитии воспалительной патологии пародонта при сахарном диабете, изучены результаты применения в комплексном лечении указанной патологии пептидных биорегуляторов.

В клиническом исследовании был использован комплекс пептидов Визулингвал (Санкт-Петербург, Россия) в общепринятой комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита средней тяжести при сахарном диабете 2 типа. Визулингвал, содержащий пептидные комплексы АС-2, АС-5, АС-6, АС-7, рекомендовался к применению по 5–6 капель (0,25 мл) 3 раза в день за 15 минут до еды под язык. Курс пептидной терапии у всех пациентов составил месяц. Оценка эффективности пептидной биорегуляции проводилась до начала лечения и спустя полгода после завершения комплексного лечения.

После использования пептидной биорегулирующей терапии в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита при сахарном диабете 2 типа в слюнной жидкости отмечено снижение концентрации провоспалительных цитокинов IL-1 β , TNF α и IL-8 при одновременном повышении противовоспалительного цитокина IL-10. Также отмечено усиление местного иммунитета слизистых оболочек полости рта, проявляющееся в повышении синтеза секреторного иммуноглобулина А.

Таким образом, опыт пептидной биорегулирующей терапии в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита при сахарном диабете 2 типа показал выраженную клиническую эффективность.

ДИСТОПИЯ И РЕТЕНЦИЯ ЗУБОВ МУДРОСТИ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

Васильченко Г.А., Иорданишвили А.К., Керимханов К.А., Беделов Н.Н.

*ООО «Белый зуб», ООО «МЕДИС»,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург;
ООО «Denta Plus», г. Дербент*

До сих пор отсутствует единое понимание процесса прорезывания зубов, а также их ретенции и дистопии. Наиболее часто вызывают затруднения в клинической практике ретенция и дистопия нижних зубов мудрости. Так, в г. Дербент Республики Дагестан операции по удалению ретинированных и дистопированных зубов мудрости стали проводиться в 15 раз чаще, чем 20 лет назад. Это связано не столько с возникающими осложнениями прорезывания зубов, сколько с увеличением числа желающих пройти ортодонтическое лечение. В литературе приводятся пять наиболее распространенных и основных теорий механизмов задержки прорезывания нижних третьих зубов мудрости. Так, А.Р. Андрищев (2005) приводит их в следующем порядке: 1) теории, объясняющие ретенцию дефицитом места в зубной дуге; 2) теории эмбрионального нарушения развития зачатка нижнего третьего моляра, приводящего к дистопии зуба; 3) теории полиэтиологичных воздействий, в результате которых происходит задержка развития нижней челюсти; 4) теории противодействия прорезыванию нижнего третьего моляра патологически измененной слизистой оболочки ретромюлярной области; 5) теории смещения зачатка нижнего третьего моляра вследствие активности ростковой зоны нижней челюсти, расположенной в области ее угла.

Проведенное Г.А. Васильченко (2012) анатомо-клиническое исследование на современной коллекции черепов показало, что теория задержки прорезывания нижних третьих зубов мудрости из-за дефицита места в зубной дуге полностью находит подтверждение, поскольку, в серии черепов с наличием ретинированных третьих моляров на нижней челюсти достоверно уменьшены все параметры, характеризующие непосредственно ретромюлярное пространство. Это также было подтверждено в диссертационном исследовании А.А. Пономарева (2018).

Теория, связывающая затрудненное прорезывание нижних третьих моляров с недоразвитием нижней челюсти, в работе Г.А. Васильченко (2012) не нашла подтверждения. Если бы ретенция зубов была связана исключительно с недоразвитием нижней челюсти, то есть ее микрогнатией, то между всеми параметрами, характеризующими основные морфометрические характеристики нижней челюсти, имелись бы статистически достоверные различия в пользу серии черепов с интактными нижними челюстями, о чем свидетельствовала профессор А.Т. Титова (1975).

Достоверность теории эмбрионального нарушения развития зачатка нижнего третьего моляра, приводящего к дистопии зуба, а также теории противодействия прорезыванию нижнего третьего моляра патологически измененной слизистой оболочкой на основании исключительно краниологических исследований оценить достаточно сложно, да и невозможно. При краниологических исследованиях объектом обычно служат черепа людей. В то же время данные механизм задержки прорезывания, представленный в этих двух теориях необходимо изучать, используя одновременно в качестве объекта данные, полученные при рентгенологических и лучевых методах исследования, а также клинических данных. При этом надо отметить, что ранее уже исследовался данный аспект изучаемой проблемы. Существует большое количество работ, посвященных особенностям слизистой оболочки ретромолярной области (Л.М. Линденбаум, 1928; А.Н. Вайсблат, 1935; И.Г. Лукомский, 1935), а также эмбриональному нарушению развития зачатка нижнего третьего моляра (С.К. Соловьев, С.А. Уфлянд, 1931; Н.П. Стадницкая, 2009).

Особый интерес представляет теория смещения зачатка нижнего третьего моляра вследствие активности ростковой зоны нижней челюсти, расположенной в области ее угла. Так, в краниологической части исследования Г.А. Васильченко (2012) был предложен размер для изучения ширины зоны роста нижней челюсти в длину. Этим автором было установлено, что в группе лептопрозопов этот показатель имеет максимальные значения по сравнению с группой мезо- и зурипрозопов, однако частота ретенции нижних третьих моляров в этой группе также выше всего. Видимо, эти данные можно объяснить как особенностями корреляционных взаимоотношений между размерами лицевого черепа и параметрами, характеризующими ретромолярное пространство, так и тем, что, чрезмерно увеличиваясь, зона роста нижней челюсти увлекает за собой корневую часть зуба, приводя в конечном итоге к его ретенции (А.Т. Руденко, 1972).

Имеющиеся в доступной литературе краниологические данные по этому вопросу имеют большое практическое значение, поскольку недостаток знаний об анатомических особенностях строения нижней челюсти, характере изменений его при ретенции, а также анатомо-топографических особенностях ретромолярного пространства и нижних третьих моляров влияет на качество клинического мышления врачей-стоматологов, а следовательно, и на качество стоматологической помощи. Это важно для профилактики серьезных осложнений стоматологического лечения – воспалительных заболеваний и рецидивов зубочелюстных аномалий.

ПРИМЕНЕНИЕ ЗАКИСЬ АЗОТА-КИСЛОРОДНОЙ СЕДАЦИИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Викторова А.А., Никитина Т.Б.

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

Введение. Лечение пациентов детского возраста требует особого подхода. Зачастую дети, оказавшись в кабинете стоматолога, испытывают страх. Неспособность сдержать и перебороть собственные

эмоции значительно затрудняет проведение врачебных манипуляций и отрицательно сказывается на качестве лечения. Также это может оставить негативные воспоминания, что в дальнейшем скажется на отношении ребенка к стоматологии в целом. Чтобы предотвратить неблагоприятные последствия, необходимо проводить лечебные мероприятия в максимально комфортных для конкретного ребенка условиях. Для обеспечения этих условий в некоторых случаях сегодня применяют такой метод, как закись азота-кислородная седация.

Цели. Определить эффективность использования закиси азота-кислородной седации на детском приеме и показания к ее применению, изучив научную литературу и статьи.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ литературы и исследований в различных клиниках России и зарубежья за последние 5 лет с участием детей преимущественно от 3 до 6 лет, на основании которого была создана анкета, которая помогает определить отношение пациента к лечению.

Результаты. В ходе исследований была выявлена высокая эффективность применения данного типа седации.

Выводы. Закись азота-кислородная седация является хорошим средством для создания комфортных условий лечения маленьких пациентов. Из-за высокой диффузионной способности закиси азота в сочетании с кислородом оказывает определенное влияние на организм. При ее использовании ребенок находится в сознании, но при этом расслаблен, его движения немного заторможены, снижается болевая чувствительность и ребенок способен перенести сложное длительное лечение. Кислород в этой смеси обеспечивает пролонгированное действие. Таким образом, этот вид седации обеспечивает высококачественное оказание помощи в комфортных для пациента условиях.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ И ВЫБОР ТАКТИКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗАЧАТКОВ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ

Госьков И.А., Гамаонова К.А., Филоненко С.А.

Кафедра стоматологии общей практики СПБИНСТОМ, система клиник «МЕДИ»

Аномалии прикуса, связанные с дефицитом места в зубной дуге, встречаются достаточно часто. При коррекции этих аномалий у детей регулярно встает вопрос о необходимости удаления зачатков третьих постоянных моляров. При планировании хирургического вмешательства очень важно тесное взаимодействие ортодонта и хирурга-стоматолога.

Если у взрослых пациентов возникает необходимость удаления третьих постоянных моляров чаще по терапевтическим и хирургическим показаниям, у детей и подростков 10–18 лет, как правило, показания возникают ортодонтические. Важным моментом при определении показаний является полнота обследования. Кроме традиционных в ортодонтии – ортопантограммы, анализа телерентгенограммы и моделей челюстей, – современным стандартом при удалении третьих постоянных моляров является выполнение трехмерного снимка – конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), позволяющей получить несоизмеримо больше информации для принятия решения.

Системными критериями, на основании которых принимается решение об удалении «восьмых» зубов, будут являться большинство зубо-челюстных аномалий (открытый, глубокий, дистальный, мезиальный, прямой, перекрестный прикус), скученное положение зубов на верхней и нижней челюстях при наличии полного зубного ряда, блокирование зачатками «восьмых» зубов прорезывания вторых постоянных моляров. Локальные критерии (расположение самого зачатка) должны оцениваться в сочетании с анализом рисков возможных осложнений хирургического вмешательства (расположение

и риск повреждения «седьмых» зубов, близость и особенности анатомии канала нижнечелюстного нерва и дна верхнечелюстной пазухи, а также понимание расположения зон роста челюстных костей).

На основании существующих критериев, в системе клиник МЕДИ принят внутренний стандарт лечения, предусматривающий удаление зачатков третьих постоянных моляров у детей не ранее 12 лет, или, по факту в большинстве случаев, не ранее прорезывания вторых постоянных моляров.

Когда стоит вопрос об удалении зачатков всех четырех «восьмых» зубов, безусловно, оптимальным вариантом будет являться их одновременное удаление под общим обезболиванием. Преимуществами проведения хирургического вмешательства под наркозом являются:

- 1) возможность проведения большого объема хирургического лечения одновременно;
- 2) возможность один раз перенести послеоперационный период (в т.ч. только один раз пройти курс антибиотикотерапии);
- 3) возможность перенести объемное хирургическое вмешательство с максимальным психоэмоциональным комфортом (кроме адекватного обезбоживания, отсутствуют дискомфортные тактильные и звуковые ощущения).

Значительно облегчить течение послеоперационного периода и ускорить реабилитацию пациента как при хирургическом вмешательстве под общим обезболиванием, так и под местным, кроме мануальных навыков врача, позволяет использование технологии пьезохирургии при работе на костной ткани, а также использование обогащенной тромбоцитами плазмы крови [platelet-rich plasma (PRP)] для введения в послеоперационную рану.

Таким образом, взвешенный подход на этапе планирования лечения позволит снизить вероятность осложнений, послеоперационный дискомфорт и минимизировать «негативное» отношения пациентов и их родителей к такому распространенному хирургическому вмешательству, как «удаление зубов мудрости».

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Гулиева А.Ю., Шевелева Н.Ю.

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

Актуальность: особенности восприятия и усвоения информации у детей с нарушением слуха влекут за собой значительные сложности в формировании гигиенических навыков. Поскольку именно родители являются основным источниками знаний ребенка о правилах и методах чистки зубов, большое значение имеет уровень их знаний и осведомленности о гигиене рта.

Цель: на базе ГБОУ «школа-интернат № 31» оценить уровень гигиенических знаний 94 родителей (мамы, в возрасте 29–46 лет) детей младшего школьного возраста с нейросенсорной тугоухостью.

Результаты исследования: при анкетировании все опрошенные родители указали, что рассказывают и показывают ребенку, как нужно чистить зубы и проводят беседы о вреде сладкого, однако к специальному обучению стоматологом чистке зубов и профилактике стоматологических заболеваний никто из родителей не обращался.

Большая часть родителей проецировали собственное стоматологического здоровья на здоровье детей («нас не учили», «мы не чистили»); отмечали дефицит времени; отсутствие мотивации к ранее не выполнявшемуся заданию и, как следствие, отсутствие опыта («раньше не делала, зачем мне это надо»).

Таблица 1. Результаты анкетирования родителей о вредных привычках и отношении к стоматологическому здоровью

№	Вопрос	слабослышащие с кохлеарными имплантатами	слабослышащие без кохлеарных имплантатов	от общего числа опрошенных
		46	48	94
1	Как Вы считаете, Ваш ребенок имеет представление о необходимости гигиены рта?	46 (100%)	48 (100%)	100%
Имеет ли вредные привычки				
2	грызет ногти	13 (28,3%)	17 (35,4%)	31 %
	сосет палец	12 (26,1%)	11 (22,9%)	24 %
	сосет язык	8 (17,4%)	9 (18,8%)	18 %
	грызет карандаши (ручки), др. предметы	23 (50,0%)	28 (58,3%)	54 %
	кусает губы	18 (39,1%)	12 (25,0%)	32 %
	скрежет зубами	26 (56,5%)	29 (60,4%)	58 %
Проводите ли Вы с ребенком беседы о гигиене полости рта				
3	Да			
	рассказываю и показываю как чистить зубы	46 (100,0%)	48 (100,0%)	100%
	рассказываю о вреде сладкого	46 (100,0%)	48 (100,0%)	100%
	заостряю внимание на пользе овощей, фруктов	15 (32,6%)	9 (18,8%)	26 %
	провожу беседы по профилактике вредных привычек	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
	Нет			
	не знаю, как это грамотно сделать	12 (26,1%)	15 (31,3%)	29 %
	у меня не всегда получается делать это своевременно	18 (39,1%)	17 (35,4%)	37 %
считаю, что эти процедуры не систематическими и поэтому о них забываю	29 (63,0%)	32 (66,7%)	64 %	
Частота обращений к врачу-стоматологу				
4	ребенок посещает врача-стоматолога 1 раз в год	20 (43,5%)	17 (35,4%)	39 %
	ребенок посещает врача-стоматолога 2 раза в год	3 (6,5%)	3 (6,3%)	6 %
	посещает врача-стоматолога только «при появлении боли»	9 (19,6%)	8 (16,7%)	18 %

Выводы: отставание в развитии словесно-логического мышления и двигательной сферы (плохой координацией движений) влекут за собой необходимость разработки специальных программ обучения

гигиене полости рта и профилактике стоматологических заболеваний для детей, с нейросенсорной тугоухостью, включающих в себя дифференцированное участие их родителей и врача-стоматолога.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРГАКОЛА В ЛЕЧЕНИИ РАН СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Гусейнов Р.З., Иорданишвили А.К.

*Комитет по здравоохранению Правительства г. Санкт-Петербурга,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург*

Актуальность. Совершенствование лечения травм слизистой оболочки полости рта у детей является актуальной задачей детской стоматологии.

Цель – представить клинические наблюдения успешного лечения ран слизистой оболочки полости рта у детей с использованием современных отечественных лекарственных средств.

Материал и методы. На основании клинических наблюдений изучены особенности клинического течения репаративной регенерации слизистой оболочки полости рта у детей с использованием современного отечественного средства для заживления ран мультинаправленного действия «Аргакол».

Результаты исследования и их обсуждение. Приводится клиническая картина и фотографии заживления ран слизистой оболочки полости рта у детей на фоне ежедневного применения средства для заживления ран «Аргакол».

Выводы. На основании клинических наблюдений отмечается, что средство для заживления ран «Аргакол» целесообразно применять при ранах слизистой оболочки полости рта у детей.

«СЛУЧАЙНЫЕ» НАХОДКИ ПРИ АНАЛИЗЕ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОРТОДОНТИИ

Дечкина В.П., Ковалева Е.В., Симакова А.А., Гржибовский А.М.,
Горбатова Л.Н.

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБВОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск

Цель исследования: анализ «случайных» находок при конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в оценке частоты «случайных» находок и обоснование клинической значимости КЛКТ в практике врача-ортодонта.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включены 300 КЛКТ, выполненные по направлению врача-ортодонта с размером рамки 13*15, 8*15, в течение 2019 календарного года. При оценке изображений и их анализе с помощью программного обеспечения OnDemand3D учитывали все патологические находки.

Результаты. При анализе распространенности и характера «случайных» находок, выявляемых при КЛКТ-исследовании, установлено, что «случайные» находки встречаются в 245 из 300 случаев (81,7 %). Наиболее часто выявляются (% от числа всех исследованных снимков КЛКТ): пародонтит – 23,7%; утолщение стенок гайморовых пазух – 9,9%; мезиальный наклон зубов – 9%; периодонтит – 8,8%.

Выводы. В результате анализа полученных данных доказана клиническая значимость в диагностической конусно-лучевой компьютерной томографии. Учитывая, что все «случайные» находки, рассмотренные в нашем исследовании, оказывают влияние на ход ортодонтического лечения в той или иной

степени, а двухмерные снимки не позволяют оценить ситуацию в полной мере, наша работа оправдывает применение КЛКТ-диагностики, по возможности, для каждого пациента. КЛКТ-диагностика не только визуализирует патологию, но и высокоэффективна в составлении плана дальнейшего лечения со смежными специалистами (стоматологи-терапевты, хирурги, пародонтологи, ортопеды, отоларингологи и челюстно-лицевые хирурги). Важно помнить, что использование КЛКТ должно быть обосновано в каждом клиническом случае.

Л.М. КЛЯЧКИНА – ВИДНЫЙ ДЕЯТЕЛЬ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург*

С 1973 г. в 1-м Ленинградском медицинском институте имени академика И.П. Павлова началась реальная работа по созданию кафедры стоматологии детского возраста. Важную роль в этом сыграл профессор В.А. Дунаевский, а также кандидат медицинских наук доцент Лидия Михайловна Клячкина. Работая на курсе стоматологии детского возраста Л.М. Клячкина, совместно с блестящими клиницистами и педагогами Л.А. Беляевской, Н.А. Яговой, И.Н. Виноградовой, Р.К. Колтуном, а также стоматологом-ортодонтом Н.М. Шулькиной и специалистом по профилактике стоматологических заболеваний врачом-стоматологом Н.М. Букреевой, способствовали созданию и открытию в 1976 г. самостоятельной кафедры. Надо отметить, что доцентом Л.М. Клячкиной за это короткое время также был создан нештатный Центр детской стоматологии в Ленинграде на базе детской стоматологической поликлиники города, а также разработана методология и база для подготовки студентов по стоматологии детского возраста в Областной клинической больнице. Под руководством доцента Л.М. Клячкиной сотрудниками курса детской стоматологии подготовили учебно-методическую документацию для преподавания детской стоматологии в институте, а также заложили основной фундамент материально-технической базы этой специальности, что сыграло большую роль при формировании кафедры, которую в 1977 г. возглавил профессор М.М. Соловьев, после завершения руководства им Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии (ЦНИИС).



Рис. Доцент Лидия Михайловна Клячкина

Обращаясь к жизни, профессиональной и общественной деятельности Л.М. Клячкиной, можно найти не только интересные научные факты из истории медицины, детской челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, но и аналогии с современностью, ответы на многие клинические проблемы детской

челюстно-лицевой хирургии и медицины сегодняшнего дня. Направления ее научной деятельности коснулись многих вопросов детской стоматологии. Она могла осуществлять свою врачебную профессиональную деятельность практически всех разделах детской челюстно-лицевой хирургии. Будучи незаурядным ученым и врачом с большим клиническим опытом работы, она внесла ощутимый вклад в разработку способов лечения основных хирургических заболеваний органов и тканей у детей, в том числе врожденных и приобретенных дефектов челюстно-лицевой области. Она предложила и реализовала в г. Ленинграде новую рациональную форму организации помощи детям с заболеваниями органов и тканей полости рта и челюстно-лицевой области, нуждающихся в хирургическом лечении. Следует отметить незаурядный общественный темперамент Л.М. Клячкиной, ее исключительный организаторский дар и неподдельный интерес к новым формам работы врачей для улучшения функционирования системы здравоохранения и высшей школы. Надо отметить, она была настоящим ленинградцем (родилась 12.12.1923 г.), стойко пережила блокаду города в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Доцент Л.М. Клячкина, будучи одним из основоположников детской челюстно-лицевой хирургии в России, по праву должна быть признана одним из патриархов отечественной детской медицины, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

ПЕПТИДНАЯ БИОРЕГУЛЯЦИЯ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**Иорданишвили А.К., Васильев М.А., Серикова А.Г., Сериков А.А.,
Музыкин М.И., Самсонов В.В.**

ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва;

Поликлиника №1 МСЧ МВД по СПб и Ленинградской области,

Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,

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

Биорегуляция – многоуровневый сложный комплекс межклеточных взаимодействий, направленный на поддержание гомеостаза и отвечающий за течение таких физиологических процессов, в том числе дифференцировку и деление клеток, регенерацию тканей, старение организма, обмен и воспроизведение генетической информации и т.п. Основоположником биорегулирующей терапии является член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный изобретатель России профессор В.Х. Хавинсон. Использование биорегулирующей терапии направлено на ликвидацию различных нарушений гомеостаза для нормализации функций поврежденных клеток, тканей и органов. Важная роль в биорегуляции принадлежит новому классу биологически активных веществ полипептидной природы, которые в настоящее время выделены из разных органов и тканей. Эти клеточные медиаторы получили название пептидных биорегуляторы (ранее «цитомедины»), а их открытие считается одним из крупных достижений отечественной медицины. За последние годы они нашли широкое применение в самых разных областях медицины, в том числе в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Проведенный анализ литературных данных и собственные клинические и экспериментальные исследования показывают целесообразность применения пептидных биорегуляторов клеточного гомеостаза и защитных функций организма при различных стоматологических заболеваниях и врожденной и приобретенной патологии органов и тканей челюстно-лицевой области в детской стоматологии в связи с положительным многоуровневым фармакологическим действием и эффективностью клинического применения природных и синтетических пептидных тимомиметиков (тималина, тимогена, вилона, эпиталамина, кортексина) и пептидных биорегуляторов из хрящевой (сигумир, хондролюкс) и

других тканей при травме, воспалительных, дистрофических, онкологических процессах тканей полости рта, а также врожденных аномалиях челюстно-лицевой области.

ПРОФЕССОР ТАМАРА МОИСЕЕВНА ЛУРЬЕ И ЕЕ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург*

В здравоохранении очень сложно оценить роль специалиста, работающего в области общественного здоровья и организации здравоохранения. Их мало кто ценит и мало кто любит. Часто весьма сложно заменить результаты их профессиональной деятельности, хотя именно от них зависит каждодневный труд не только врачей, но и всех категорий медицинского персонала. Вместе с этим, результаты работы ряда организаторов здравоохранения очень заметны. К таким профессионалам следует отнести и доктора медицинских наук профессора Т.М. Лурье (1920–2001). 14 сентября 2020 г. – это знаменательная дата – 100-летие со дня ее рождения. Она выросла в организатора здравоохранения из клиницистов. Поэтому ей всегда были понятны ежедневные проблемы и спорные вопросы, которые приходится решать практическому врачу. Она в 1941 г. закончила 1-й Московский медицинский институт и еще почти год проработала в нем клиническим ординатором клиники факультетской хирургии (зав. академик Н.Н. Бурденко), участвуя в обороне Москвы, после уехала на периферию, где с 1942 по 1945 год работала в должности начальника поликлиники г. Воркуты, а затем – заведующей хирургическим отделением больницы. В 1945 г. она возвращается в Москву в родную клинику (зав. – профессор Н.Н. Еланской) и спустя 5 лет успешно защищает кандидатскую диссертацию на тему: «Лечение гнойных маститов антибиотиками» (1950). В 1950–1963 гг. она последовательно занимает должности ассистента, доцента кафедры госпитальной хирургии в медицинском институте г. Челябинска и с 1956 по 1963 гг. является главным стоматологом Челябинской области и председателем Научного общества стоматологов Челябинской области.

В 1963–1973 гг. она работала в научно-организационном отделе, а с 1973 г. – в отделе научно-медицинской информации Центрального научно-исследовательского института стоматологии и ЦНИИС), долгое время являлась внештатным научным редактором издательства «Медицина».

Ее докторская диссертация: «Материалы к изучению повреждений челюстно-лицевой области в мирное время (по данным лечебных учреждений страны)», была защищена в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМедА) в г. Ленинграде в 1970 г., высоко оценена профессорами М.В. Мухиным, Б.Д. Кабаковым, доцентом В.А. Малышевым и другими сотрудниками кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМедА.

Место работы определяло ее научные интересы. Под ее редакцией многие годы выпускались все информационные и научные издания ЦНИИС, Всесоюзного и Всероссийского научных обществ стоматологов, а также ряд монографий. Она являлась автором и редактором стоматологических разделов русско-немецкого (1987) и немецко-русского (1995) медицинских словарей, бессменным научным редактором (наряду с А.И. Рыбаковым и Г.М. Иващенко), а также автором ряда глав четырех изданий «Справочник стоматолога» (1966, 1976, 1993, 1997). Т.М. Лурье была деятельным научным руководителем, подготовила и успешно защитила 11 диссертантов на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. За 2 года до смерти она была избрана почетным членом Ассоциации стоматологов

Украины 2.12.1999 г. на VIII съезде. Наиболее известна Т.М. Лурье по монографиям «Врачебно-трудовая экспертиза в стоматологии» (М., 1984) и «Лечение травм лица» (М., 1975; в соавторстве с П.З. Аржанцевым и Г.М. Иващенко), которые актуальны по сей день.

Хочу высказать свое мнение о человеческих ее качествах. Несмотря на внешнюю простоту, она была Личностью, всегда «на поверхности», но личность сложная, доброжелательная (не ко всем), обязательная. Любила провинциалов, часто выступала на научно-практических конференциях в отдаленных от Москвы городах, где ее уважали и ценили не только, как «гонца из центра», а как профессионала, порядочного человека и Личность. Она была высокой культуры и воспитания, но до этого «пласта своей души» мало кого допускала, хотя по работе была доступна и не гнушалась тесного общения с молодыми специалистами и студентами. Лично мне за свои деньги сделала в 1994 г. подарок (книгу), которую выслала в мой домашний адрес бандеролью (я в тот год только закончил стоматологический факультет 1 ЛОТКЗМИ им. акад. И.П. Павлова). И это было ею сделано от души и с присущим ей вниманием к человеку и коллеге.

В 2001 г. Т.М. Лурье ушла из жизни. Своей высокопрофессиональной деятельностью, человечностью, доброжелательностью, заботой, сердечным отношением к людям она снискала к себе уважение и полное доверие своих многочисленных учеников и коллег, стала признанным авторитетом в своей специальности.

ПУТИ СОХРАНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

**Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Жмудь М.В., Жмудь О.Н.,
Переверзев В.С.**

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России,
Городская поликлиника №118, Санкт-Петербург*

В настоящее время недостаточно внимания уделяется повышению стоматологического здоровья детей, страдающих сахарным диабетом, а также лечебно-профилактическим мероприятиям, направленным на сохранение зубов и профилактику обострений воспалительного процесса в тканях пародонта.

Цель исследования: изучить особенности стоматологического статуса у детей, страдающих сахарным диабетом, и улучшить состояние тканей пародонта и уровень индивидуальной гигиены полости рта в процессе динамического наблюдения у детского врача-стоматолога.

Материал и методы. Под динамическим наблюдением в течение года находились 59 (31 мальчик, 28 девочек) детей в возрасте от 5 до 7 лет, проживающих в Санкт-Петербурге или Ленинградской области. Дети были разделены на 3 группы. В 1-ю (контрольную) группу вошли 25 (13 мальчиков и 12 девочек) детей, которые не страдали сахарным диабетом I типа. После проведения стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, их родителям были даны рекомендации по уходу за полостью рта у детей, в том числе по использованию зубных щеток и зубных паст.

Во 2-ю группу вошли 15 (9 мальчиков и 6 девочек) детей, больных сахарным диабетом I типа. Продолжительность заболевания, которое протекало в легкой форме или средней степени тяжести, составила в среднем 25 месяцев. После проведения профессиональной гигиены полости рта и завершения лечебно-профилактических мероприятий в связи с кариесом зубов и болезнями пародонта родителям также были даны рекомендации по уходу за зубами и полостью рта детей. Детям 2-й группы проводились стоматологические лечебно-профилактические мероприятия 2 раза в год.

Группу 3 составили 19 (9 мальчиков и 10 девочек) больных сахарным диабетом I типа. Продолжительность заболевания, которое, как и у детей 2-й группы, протекало в легкой форме или средней степени тяжести, составила в среднем 28 месяцев. После проведения профессиональной гигиены полости рта и завершения лечебно-профилактических мероприятий в связи с кариесом зубов и болезнями пародонта родителям также были даны рекомендации по уходу за зубами и полостью рта детей. Детям 3-й группы проводили стоматологические лечебно-профилактические мероприятия 1 раз в квартал. Дети трех исследуемых групп по завершении санации полости рта снабжались, согласно возрасту, зубными щетками R.O.C.S. «Kids» с экстрамягкой щетиной (ООО «Главкосметика», Россия), а также зубной пастой R.O.C.S. «PRO Kids. Лесные ягоды» (ООО «ЕВРОКОСМЕД-Ступино», Россия), которая, кроме наногидроксипатита кальция, обеспечивающего минерализующую функцию, и ксилита, способствующего замедлению образования налета и нормализации баланса микрофлоры в полости рта, содержит экстракт жимолости, обладающий антибактериальными свойствами и обеспечивающий противовоспалительный эффект. Выданным детям индивидуальных средств по уходу за полостью рта было достаточно для использования в течение года.

Критерием исключения детей из клинического исследования были общесоматические заболевания, а именно сочетание сахарного диабета с другими эндокринными заболеваниями.

Результаты и обсуждение. При осмотре полости рта у детей в 1 группе кариес зубов был диагностирован у 21 ребенка, во 2-й и 3-й группах – у 15 и 18 детей соответственно. У детей 1-й (контрольной) группы значение индекса интенсивности кариеса зубов было ниже ($4,02 \pm 0,31$), чем у детей 2-й и 3-й групп – $6,78 \pm 0,27$ и $6,82 \pm 0,32$ ($p \leq 0,05$) соответственно, то есть в контрольной группе отмечалось компенсированное, а у детей, страдающих сахарным диабетом, субкомпенсированное течение кариозного процесса. У детей 2-й и 3-й групп также чаще встречались воспалительные заболевания пародонта, катаральный гингивит и пародонтит – соответственно у 13 (86,67%) и 2 (13,33%) детей 2-й группы и 17 (89,47%) и 2 (10,53%) детей 3-й группы, в то время как в контрольной группе у 5 (20%) детей наблюдалось катаральное воспаление десны. Положительная проба Шиллера–Писарева была выявлена у 7 (28%) детей из 1-й группы, а также у всех детей 2-й и 3-й групп. При этом отмечено, что гигиенические показатели были также хуже у детей 2-й и 3-й групп, то есть страдающих сахарным диабетом. Клинические данные подтвердились результатами рентгенологического исследования, показателями индекса РМА и пародонтального индекса.

Изучение стоматологического статуса через 6 месяцев показало, что стоматологическое здоровье повысилось у детей всех исследуемых групп. Так, в контрольной группе улучшилась индивидуальная гигиена полости рта (индекс гигиены $1,52 \pm 0,13$), число лиц, страдающих гингивитом, уменьшилось до 1 (4%), что соответствовало положительной динамике показателей индекса РМА и пародонтального индекса. Спустя год в этой группе гингивит определялся у 2 (8%) детей, скрытое воспаление десны у 4 (16,0%), а показатели индекса РМА и PI несколько ухудшились по сравнению с предыдущим обследованием ($p \geq 0,05$).

У детей 2-й группы спустя 6 месяцев также было отмечено улучшение гигиены полости рта (индекс гигиены $1,84 \pm 0,14$), значительно уменьшилось число лиц страдающих воспалительной патологией пародонта. Диагностировался только катаральный гингивит у 6 (40,0%) детей, а положительная проба Шиллера–Писарева отмечена у 9 (60,0%), что соответствовало положительной динамике показателей индекса РМА и пародонтального индекса. Спустя год в этой группе гингивит определялся у 8 (53,33%) детей, скрытое воспаление десны – у 11 (73,33%), а показатели индекса РМА ($p \geq 0,05$) и PI ($p \leq 0,05$) несколько ухудшились по сравнению с предыдущим обследованием.

У детей 3-й группы спустя 6 месяцев также было отмечено улучшение гигиены полости рта (индекс гигиены $1,63 \pm 0,15$), значительно уменьшилось число лиц страдающих воспалительной патологией пародонта, которая в виде катарального гингивита была выявлена у 4 (21,05%) пациентов, а положи-

тельная проба Шиллера-Писарева – у 6 (31,58%). Улучшение стоматологического здоровья в 3-й группе детей подтверждалось положительной динамикой показателей индекса РМА и пародонтального индекса. Спустя год в 3-й группе стоматологическое здоровье улучшилось, по сравнению с предыдущим обследованием. Так, катаральный гингивит определялся только у 2 (10,53%) детей, а скрытое воспаление десны – у 5 (26,32%). Отмечена положительная динамика индексов гигиены полости рта ($p \geq 0,05$), РМА ($p \leq 0,05$) и PI ($p \leq 0,05$).

При исследовании микрокристаллизации ротовой жидкости выявлено, что у детей 1-й (контрольной) группы в подавляющем большинстве случаев встречался I и IIА типы микрокристаллизации слюны ($p \leq 0,001$), согласно классификации морфологии твердой фазы ротовой жидкости О.Ю. Пузиковой. У детей 2-й и 3-й групп, независимо от степени активности кариозного процесса (декомпенсированный кариес), чаще выявлялась картина микрокристаллизации слюны по IIБ и IIВ типу ($p \leq 0,05$), что подтверждает ранее проведенные исследования, свидетельствующие об изменении картины микрокристаллизации слюны у лиц со сниженной резистентностью твердых тканей зубов, интенсивным процессом течения кариеса зубов и соматической патологией. В течение динамического наблюдения за детьми 2-й и 3-й групп достоверного изменения морфологической картины твердой фазы ротовой жидкости не произошло ($p \geq 0,05$).

Изучение стоматологического статуса в процессе динамического наблюдения детей, в том числе страдающих сахарным диабетом, показало, что проведение профилактической работы с родителями в аспекте повышения уровня знаний по уходу за зубами и полостью рта их детей, обеспечение достаточным количеством средств по уходу за полостью рта (зубная паста, зубная щетка) позволяет существенно улучшить гигиеническое состояние полости рта, а также уменьшить воспалительные процессы в тканях пародонта. У детей, страдающих сахарным диабетом, для достижения оптимального показателя стоматологического здоровья требовалось ежеквартальное проведение профессиональной гигиены полости рта.

Заключение. Проведенное клиническое исследование по изучению особенностей стоматологического статуса у детей, страдающих сахарным диабетом I типа, позволило установить, что они чаще, чем здоровые дети, страдают воспалительной патологией пародонта (гингивит, пародонтит), а кариес зубов у них протекает более интенсивно, чем у детей, не имеющих соматических заболеваний. Для поддержания стоматологического здоровья детей, страдающих сахарным диабетом, следует проводить во время стоматологического приема подробный инструктаж родителей по правилам ухода за полостью рта и по оптимальному выбору средств для индивидуальной гигиены полости рта у детей. Кроме этого, таким детям с учетом их возраста необходимо проводить 1 раз в квартал профессиональные стоматологические лечебно-профилактические мероприятия с использованием современных и эффективных средств по уходу за полостью рта.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА РЕБЕНКА НА ВЫБОР СЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Кардаков Д.А., Пряженник Ю.М., Ткаченко Т.Б.

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

Введение: в XXI веке за счет превалирования компьютерных технологий в жизни детей наблюдается увеличение процента нарушения психосоциальных условий ребенка. Повышение тревожности, пас-

сивный образ жизни и даже асоциальный характер может способствовать ухудшению качества жизни. В таком случае добавляется еще один немало значимый фактор при выборе аппарата для лечения, а также возраст, в котором необходимо начинать. В связи с этим возникает вопрос адаптации современного ребенка при лечении на съемных ортодонтических аппаратах и коммуникативное взаимодействие с родителями, как с полноценными участниками этого процесса.

Цель: оценить влияние социально-психологического статуса ребенка на выбор съемной ортодонтической аппаратуры при лечении зубочелюстных аномалий.

Материал и методы: обследовано клинически и собраны статистические данные на основе анкетирования 30 пациентов в возрасте 6–10 лет с патологией зубочелюстной системы с целью корреляционного анализа применения съемной ортодонтической аппаратуры относительно психологического статуса детей.

Результат исследования: большинство составляют пациенты, хорошо приспосабливающиеся и самостоятельные в лечении (40%), – 3-я группа; наименьший процент – 4-й тип – плохо приспосабливающиеся и самостоятельные (10%). Трудность заключается в налаживании психологического контакта врач-пациент и создании оптимальных социальных условий для адаптации в цепочке врач-ребенок-родители.

Выводы: в связи с данными группами были подобраны оптимальные виды съемных ортодонтических аппаратов, подходящих для наилучшей адаптации со стороны пациента и достижения эффективного результата. Выбор аппаратуры будет непосредственно зависеть от вида зубочелюстной аномалии. Самой распространенной в этот возрастной период является тенденция к глубокому дистальному прикусу за счет преждевременной потери зубов и нарушения процесса рационального питания в связи с пренебрежением родителями жесткой пищи. Также по причине неграмотного питания может формироваться тенденция к мезиальной окклюзии. В таком случае в связи с психологической принадлежностью ребенка к определенной группе возможно применение подбородочной пращи, либо при 4-м типе – использование аппарата Френкля III типа.

ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ЛЕЙКОЗАМИ И СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Кардашенко Я.Р., Ткаченко Т.Б.

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

Введение. Лечение оральных химиотерапевтических мукозитов в педиатрической практике вызывает значительные трудности. При этом пациенты характеризуют мукозит как одно из самых мучительных осложнений химиотерапии: нарушается речь, прием пищи, возникает сильный болевой синдром в полости рта. В этих условиях становится актуальным поиск эффективных препаратов для лечения химиотерапевтических мукозитов полости рта у детей.

Цель. Изучить эффективность лечения химиотерапевтических оральных мукозитов у онкологических пациентов детского возраста.

Материалы и методы. На базе НИИ ДОГиТ имени Р.М. Горбачевой проводили динамическое клиническое наблюдение пациентов при первичном поступлении, на этапах химиотерапии. Регулярно производили комплексный стоматологический осмотр, анализ микробной флоры, а также оценивали клиническую эффективность приема препаратов для лечения мукозитов.

Результаты. Всего в исследовании принимали участие 27 пациентов с диагнозами: нейробластома – 13, медуллобластома – 6, лейкоз – 3, лимфома – 2, злокачественное новообразование мозга – 2, атипичная тератоидно-рабдоидная опухоль спинного мозга – 1. Пациенты, регулярно использующие антимикробные препараты для орошения полости рта, в меньшей степени отмечали патологические изменения слизистой оболочки.

Выводы. Поиск новых эффективных препаратов является необходимым с целью совершенствования терапии оральных мукозитов у онкологических пациентов детского возраста.

ИЗМЕНЕНИЕ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Кардашенко Я.Р., Медведева А.В., Муранова А.А., Ткаченко Т.Б.

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

Введение. Проблема изменения красной каймы губ на фоне проводимой химиотерапии у детей с онкологическими заболеваниями в настоящий момент изучена недостаточно. В то время как красная кайма губ, так и слизистая оболочка полости рта в целом, при химиотерапии в значительной степени подвержена патологическим изменениям, что вызывает значительный дискомфорт для пациента.

Цель. Изучить изменение красной каймы губ у пациентов детского возраста с солидными опухолями на фоне проводимой химиотерапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой. Был проведен сбор анамнеза, опрос, комплексный стоматологический осмотр, а также фотофиксация красной каймы губ.

Результаты. В исследовании принимали участие 15 пациентов с диагнозами: нейробластома – 7, медуллобластома – 4, лимфома – 2, болезнь Вильсона – 1, герминогенная опухоль – 1. У всех пациентов красная кайма губ обнаруживала различные патологические изменения: сухость, шелушение, трещины, наличие кровавых корок, гиперемии. Тяжесть изменения коррелировала с тяжестью развития мукозитов полости рта.

Выводы. Внимание стоматологов к вопросам изменения красной каймы губ на фоне химиотерапии у детей поможет комплексно подходить к лечению патологических изменений полости рта на фоне химиотерапии, давать необходимые рекомендации.

ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кардашенко Я.Р., Медведева А.В., Муранова А.А., Ткаченко Т.Б.

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

Введение. В основе патогенеза химиотерапевтических мукозитов лежит в том числе механизм непосредственной стоматотоксичности, обусловленный внедрением микробной флоры через поврежденную слизистую оболочку с последующим развитием воспалительного процесса. В данных условиях сохра-

нение микробного баланса, поддержание нормального уровня гигиены полости рта может сыграть немаловажную роль в целях профилактики развития мукозитов.

Цель. Проанализировать уровень гигиены полости рта у детей с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы. С использованием одноразовых стоматологических инструментов проводили комплексный стоматологический осмотр. Оценку гигиены полости рта производили с помощью индекса гигиены Кузьминой Э.М. Микробиологическое исследование выполняли методом масс-спектрометрической идентификации микроорганизмов. Всем пациентам было предложено заполнить анкеты, включающие 20 вопросов по гигиене полости рта.

Результаты. Всего было осмотрено 20 пациентов от 2 до 18 лет, проходящих химиотерапию по поводу злокачественных новообразований в НИИ ДОГИТ им. Р.М. Горбачевой. В результате анкетирования было выявлено, что пациенты не имеют достаточного уровня знаний по гигиене полости рта. Не все пациенты были санированы перед началом химиотерапии. У 85 % пациентов индекс гигиены полости рта был интерпретирован как плохой или удовлетворительный. В 60 % случаев интенсивность поражения зубов кариесом была высокая. У 45 % пациентов был выявлен мукозит полости рта.

Выводы. Стоматологическое просвещение среди родителей пациентов, проходящих химиотерапию, имеет большое значение, как с целью профилактики химиотерапевтических оральных мукозитов, так и для поддержания здоровья полости рта в целом.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕНТОФОБИИ СРЕДИ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ВОЛГОГРАДА И ВОЛЖСКОГО

Киба К.А., Кантария Г.О., Онищенко Л.Ф.

Кафедра ортодонтии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград

Дентофобия – это боязнь стоматологического лечения. Ощущение страха появляется как в ответ на определенный фактор опасности, так и в качестве совокупной реакции на явления окружающего мира. На разных этапах своего развития ребенок испытывает различные страхи. Главный источник страха перед врачом-стоматологом кроется в нежелании испытывать боль. Высокая распространенность стоматологических заболеваний дает возможность предположить, что чувство страха перед болью возникает не только во время стоматологического приема, но и перед ним.

Цель исследования: выявить основные факторы возникновения дентофобии у детей подросткового возраста города Волгограда и Волжского.

Материалы и методы исследования: на базе стоматологической поликлиники ВолгГМУ и ГАУЗ Волжской городской стоматологической поликлиники было проведено анкетирование 60 детей 12 и 17-летнего возраста для определения отношения к стоматологическому лечению. Анкета содержала 15 вопросов и вариантов ответов к ним. Анкетирование было добровольным и анонимным. Данные статистически обработаны при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2010 с использованием методов параметрической статистики.

Результаты и обсуждения: благодаря полученным данным анкетирования составлен ряд числовых аспектов, отражающих чувство страха у детей 12 и 17 лет. Большинство детей испытывали страх перед визитом к врачу-стоматологу – 73,3 %. Из них 38,3 % 12-летних и 35 % 17-летних детей. Страх перед визитом к стоматологу в обеих возрастных группах чаще встречался у девочек, чем у мальчиков (26,7 % девочек 12-летнего и 23,4 % 17-летнего возраста). Страх перед проведением инъекции на приеме у

стоматолога испытывали 28,3% подростков. Из них 18,3% 12-летних и 10% 17-летних. Звук бормашины вызывал чувство страха у 8,3% детей (5% 12-летних и 3,3% 17-летних).

Ожидание в приемной и типичный запах вызывали страх у 5% анкетированных. Однако ожидание приема было более нежелательно для подростков 17 лет (3,4%), тогда как для 12-летних большее чувство страха возникало при ощущении характерного типичного запаха (3,4%).

Данные анкетирования показали, что большинство родителей опрошенных детей испытывали страх перед стоматологом (25% ответов). Положительно ответили 13,3% 17-летних и 11,7% 12-летних школьников. На вопрос: «Ваши родители запугивали Вас визитом к стоматологу?», ответ «Да» дали 20% детей. Из них 13,3% 12-летних и 6,7% 17-летних.

Выводы. Таким образом, большинство детей подросткового возраста испытывают чувство страха перед приемом врача-стоматолога. Наиболее значимыми для детей являются: проведение инъекции, звук бормашины, ожидание приема, неприятный характерный запах. Особое значение имеет отношение родителей к лечению у стоматолога. Проведенное анкетирование раскрывает возможности включения вопросов дентофобий в программы профилактики стоматологических заболеваний.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Леонтьева Т.С., Симакова А.А., Федорович Е.В., Горбатова М.А.

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск

На сегодняшний день в Российской Федерации в оказании ортодонтической помощи имеются значительные трудности, которые обусловлены отсутствием правовых и нормативных документов, регулирующих ее оказание.

Отсутствие стандартов приводит к невозможности объективно оценить качество проведенного лечения и к ряду ошибок и осложнений в процессе ортодонтического лечения. Поэтому имеется чрезвычайная необходимость анализа ошибок в ортодонтии. Но психологическая трудность признания ошибок делает их качественный анализ чаще крайне затрудненным.

В медицинской литературе насчитывается более 60 определений, описывающих врачебную ошибку.

Исходя из многообразия причин возникновения врачебных ошибок, современная медицина накопила множество различных классификаций, которые отличаются друг от друга своими видами и большим разнообразием оснований для дифференцирования.

В ортодонтии выделяют 8 этапов лечения:

1-й этап – установление и построение доверительных отношений, создание кооперации и комплаенса с пациентом.

2-й этап – определение показаний к лечению.

3-й этап – определение оптимального возраста вмешательства.

4-й этап – диагностики.

5-й этап – планирования лечения.

6-й этап – выбор аппарата.

7-й этап – непосредственного процесса ортодонтического лечения.

8-й этап – ретенции.

На каждом из этих этапов лечения могут возникнуть ошибки и осложнения.

К сожалению, официальную статистику врачебных ошибок и осложнений в Российской Федерации никто не ведет. А по данным центра «Независимая медико-юридическая экспертиза», первое место по профессиональным ошибкам занимают стоматологи.

Изучение специальной литературы показало, что до настоящего времени нет комплексного анализа и систематизации врачебных ошибок, побочных эффектов, осложнений как в медицине в целом, так и в ортодонтии в частности.

Ошибки и осложнения в практике врача-ортодонта встречаются довольно часто. Чтобы их минимизировать, необходимо не только совершенствовать свои мануальные, коммуникативные навыки, клиническое мышление, обладать обширными знаниями, но уметь признать ошибки и анализировать их. И только это поможет не допускать вновь и вновь появления ошибок в своей практике.

ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРЫ

Малахова Н.Е.

Кафедра стоматологии общей практики

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербурга

Актуальность. Решение о целесообразности раннего ортодонтического лечения до сих пор ставится под сомнение. Это связано с плохим гигиеническим статусом, сложностью кооперации с пациентами и неэффективностью лечения, так как впоследствии необходимость в использовании несъемной техники остается актуальной.

Цель исследования: изучить эффективность использования ортодонтической аппаратуры в период сменного прикуса.

Материалы и методы. Проведено обследование 95 пациентов в возрасте 6,5–13 лет с зубочелюстными аномалиями в соответствии с требованиями Минздрава. Использовалось 89 съемных аппаратов, 35 несъемных, в 18 случаях – применялась частичная брекет-система.

Результаты лечения. Из 95 пациентов – у 39 человек лечение проводилось вначале с использованием несъемной техники, а далее – контроль прорезывания осуществлялся с применением съемной ортодонтической аппаратуры (1-я гр.). У 14 человек лечение проходило лишь с использованием съемной аппаратуры (2-я гр.). 38 человек продолжили ортодонтическое лечение с использованием несъемной техники в период постоянного прикуса (3-я гр.). У 4 пациентов ортодонтическое лечение было последовательное с использованием съемной и несъемной техники, но не привело к исправлению аномалии окклюзии, наблюдалось лишь уменьшение степени аномалии прикуса. (4-я гр.) Осложнения в виде нарушения структуры эмали в период использования ортодонтической техники наблюдались у 3 человек из 1-й группы, что было связано с плохой гигиеной полости рта и зоны повреждения эмали не зависели от элементов ортодонтической техники. Среди пациентов 2-й группы – деминерализация эмали отмечалась у 2 человек, у 1 пациента была резорбция корня постоянного зуба как осложнение на этапе прорезывания постоянных зубов. Среди пациентов 3-й группы выявлены характерные меловидные пятна вокруг элементов несъемной техники у 8 человек. Среди пациентов 4-й группы исследования у 3 человек отмечались выраженные формы гингивита и деминерализация эмали.

Выводы.

1. Сокращение сроков ортодонтического лечения с использованием несъемной техники является преимуществом при выборе ортодонтических аппаратов.

2. Использование несъемной техники в ранний период формирования прикуса предотвращает или минимизирует формирование аномалий положения отдельных зубов и сокращает общий срок ортодонтического лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Насретдинова Н.Ю., Ворожцова Л.И., Мандра Ю.В.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Введение. Стоматологическое здоровье является важной проблемой детского возраста во всех странах мира. В силу большей доступности, источником информации для детей и их родителей чаще служит интернет, соцсети и приложения для смартфонов. Детскому стоматологу необходимо встроиться в современные молодежные тренды, сформировать методы мотивации детей к гигиене полости рта с применением современных средств пропаганды, в том числе интерактивных, с применением smart-технологий и дополненной реальности, значительно увеличивающих охват населения. По данным Минздрава РФ, распространенность расстройств аутистического спектра в России составляет около 1 % детской популяции. Для обучения гигиене полости рта детей, страдающих аутизмом, разработаны специальные программы, основанные на модификации их поведения.

Цель исследования – сравнение эффективности современных методов профилактики стоматологических заболеваний у детей с расстройствами аутистического спектра в субъектах Уральского федерального округа.

Материалы и методы. Материалами исследования явились данные годовых отчетов главного внештатного детского специалиста стоматолога Министерства здравоохранения РФ в Уральском федеральном округе (УФО), имеющиеся техники и лучшие практики межведомственного взаимодействия в сфере профилактики стоматологических заболеваний у детей с расстройствами аутистического спектра.

Результаты и обсуждение. В состав УФО входят шесть субъектов Российской Федерации, 4 области: Свердловская, Челябинская, Курганская, Тюменская, два автономных округа – Ханты-Мансийский округ – Югра и Ямало-Ненецкий округ. По данным годового отчета за 2018 год детское население Уральского федерального округа составляло 2 727 214 детей. Из них дети от 0 до 6 лет – 1 103 668, от 7 до 17 лет – 1 623 465. Показатель КПУ 12-летних детей по Уральскому федеральному округу определяется в диапазоне от 2,1 до 4,5.

Профилактическая работа ведется совместно со смежными специалистами и структурами, поставлена задача комплексного приоритетного обслуживания данной категории пациентов. Появились новые технологии и практики эффективного взаимодействия межведомственных структур, в целях обеспечения различных групп населения социальными гарантиями, в том числе и доступной медицинской помощью. В субъектах Уральского федерального округа с 2017 года успешно развивается ряд проектов взаимодействия в сфере профилактики стоматологических заболеваний у детей с расстройствами аутистического спектра.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югра разработана и утверждена Концепция комплексной помощи и сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями. С целью повышения доступности стоматологической помощи, введен в действие при-

каз Департамента здравоохранения Югры, регламентирующий оказание стоматологической помощи детям данной группы.

В Свердловской области в разработана методика обучения в «Школе здоровья», с 2018 года прошли обучение 304 ребенка, из них с расстройствами спектра – 19 детей, за 2019 года – 350 детей, из них с расстройствами аутистического спектра – 37 детей. Отчет о работе Школы здоровья был признан лучшим в международном конкурсе World Oral Healthy Day – Most Original Activity в 2019 году. С 1 июня 2018 года в городе Екатеринбурге работает современный информационный портал «Интернет-кабинет здорового ребенка» – это личный консультант по вопросам правильного развития, воспитания и профилактики заболеваний. В 2019 году нами разработано бесплатное мобильное приложение «Азбука счастья» и раскраска на стоматологическую тематику с использованием технологии дополненной реальности. Приложение рассчитано на учеников начальных классов.

В Челябинской области в период 2018–2019 гг. разработан и реализован проект «Зубная фея» для детей с аутизмом, синдромом Дауна и другими особенностями в развитии. В процессе реализации проекта отработана модель оказания стоматологической помощи детям с ментальными нарушениями и разработана система профилактических мероприятий для данной категории детей. Всего было пролечено 46 детей в возрасте от 3 лет до 16 лет.

В Тюменской области реализуется масштабный профилактический проект «Здоровая школа» с использованием социально-ориентированных технологий с целью сохранения здоровья школьников всех возрастов. В рамках блока «Здоровые зубки» проводятся занимательные уроки для детей и взрослых, распространение полезной информации и фотоконкурс «Здоровая улыбка». В 2018 году продолжена работа по модулю специализированной направленности «Здоровые родители – здоровые дети» на Интернет-портале «Территория здоровья».

Выводы:

1. Данные анализа подтверждают значимость и актуальность проведения мероприятий по первичной профилактике стоматологических заболеваний у детей с расстройствами аутистического спектра, стоматологическое лечение детей при использовании современных практик возможно в амбулаторных условиях медицинской организации, оказывающей стоматологическую помощь детям, без применения средств седации и общего обезболивания.

2. Наиболее перспективными для детей с расстройствами аутистического спектра становятся методики профилактики с применением smart-технологий с учетом возрастных особенностей.

3. С учетом реализации национального приоритетного проекта «Электронное здравоохранение», существует возможность по внедрению smart-технологий в практику медицинских организаций. Сетевое распространение и отдаленный аудит электронных продуктов и проектов облегчает внедрение технологии.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ

Прикуле Д.В., Пивоваров А.А.

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

Введение. В настоящий период времени наблюдается значительная распространенность кариеса зубов у подростков в возрасте от 14 до 17 лет. Одним из факторов, предшествующих развитию кариеса, является остаточный зубной налет при нерациональной чистке зубов. Вопрос обучения гигиене полости рта имеет неоспоримое значение с целью обеспечения адекватного алгоритма чистки зубов.

Однако, несмотря на активный процесс просвещения детей правилам гигиены полости рта, осуществление, казалось бы, рациональной чистки зубов не обеспечивает должный результат. В связи с этим актуальным является разработка метода, позволяющего выявить реальные недостатки в процессе гигиены полости рта в каждом конкретном клиническом случае. В то же время известно, что применение оптических методов лазерной диагностики позволяет выявить наличие зубного налета с цифровизацией результатов, обеспечивающей возможность объективизации полученной информации.

Цель. Оценить эффективность лазерной Раман-флуоресцентной диагностики в сравнении с традиционным индексным методом по J.C. Green и J.R. Vermillion (1964) при определении уровня гигиены полости рта.

Материалы и методы исследования. Определение ИГР-У и Раман-флуоресцентная диагностика при длине волны 365 нм были проведены у 37 пациентов в возрасте от 14 до 17, из которых 21 лиц женского и 16 – мужского пола, до и после чистки зубов с поминутным контролем ее результативности. Полученные результаты были статистически обработаны с использованием стандартных программ Microsoft Excel 2019.

Результаты:

1. При первоначальном исследовании уровня гигиены полости рта у обследуемого контингента был выявлен преимущественно (60%) хороший, а у 40% – удовлетворительный уровень гигиены.

2. В результате определения уровня гигиены методом Раман-флуоресцентной диагностики у пациентов с хорошим уровнем через 3 минуты чистки зубов наблюдали уменьшение значений интенсивности флуоресценции на 17,2% ($p < 0,05$), а через 4 минуты – на 21,5% ($p < 0,05$) по сравнению с результатом до чистки зубов. В то же время значения ИГР-У, полученные как через 3 минуты, так и через 4 минуты чистки зубов указывали на отсутствие зубного налета.

3. В ходе исследования уровня гигиены у пациентов с удовлетворительными показателями выявлено снижение значений интенсивности флуоресценции на 27,4% ($p < 0,05$) через 3 минуты, а через 4 минуты – на 12,7% ($p < 0,05$), дальнейшее исследование не отражало статистически достоверного изменения показателя интенсивности. Однако результаты определения ИГР-У указывали на отсутствие изменений как после 3-й, так и после 4-й минуты.

4. Изучение метаболического состава проб ротовой жидкости методом, основанным на Рамановском рассеянии света, позволило определить наличие порфиринов IX класса в ротовой жидкости. Зафиксировано уменьшение интенсивности излучения в красном порфириновом спектре у пациентов с хорошим уровнем гигиены в 4–5 раз после 3-минутной чистки зубов, а у пациентов с удовлетворительными показателями – в 10–11 раз.

Выводы:

1. Использование метода Раман-флуоресцентной диагностики при определении уровня гигиены полости рта позволяет контролировать эффективность чистки зубов в каждом клиническом случае поминутно.

2. Проведение оптической диагностики на основе лазерного излучения обеспечивает возможность составления индивидуального алгоритма чистки зубов.

3. Раман-флуоресцентная цифровая диагностика отражает более объективную картину состояния гигиены полости рта с возможностью определения количественного содержания порфиринов IX класса в ротовой жидкости по сравнению с традиционной индексной оценкой.

4. Комплексное проведение Раман-флуоресцентной диагностики и ИГР-У обеспечивает оптимизацию и индивидуализацию определения уровня гигиены полости рта.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОЛИМОРБИДНОСТЬ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Робустова Т.Г., Иорданишвили А.К., Лысков Н.В., Коровин Н.В.

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва;
Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург*

В настоящее время отмечается увеличение числа детей, страдающих сочетанной патологией внутренних органов и систем организма, что требует специального подхода к стоматологической реабилитации таких пациентов.

В современной детской стоматологической практике не всегда вопросам комплексного лечения стоматологических больных с учетом их соматической патологии, уделяется должное внимание.

Рассмотрены современные тенденции и литературные сведения по стоматологическому здоровью детей при патологии внутренних органов, а также алгоритму комплексной терапии стоматологических заболеваний на основе оптимизации объема диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с учетом функционального состояния и уровня адаптационных возможностей детского организма, а также соматической патологии.

ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ РАСЧЕТ ТОПОЛОГИИ ЭЛАЙНЕРОВ

Рыбаков А.В., Соколович Н.А., Ткаченко Т.Б.

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

Современные цифровые технологии, применяемые при расчетах, планировании лечения и его оптимизации, требуют научно-доказательных подходов и математико-физических расчетов. В исследовании были использованы оптимизированные виртуальные математические модели элайнеров с физическими свойствами, соответствующими реальным материалам. Моделирование поведения виртуальных конструкций учитывало реальные траектории и нагрузки, которые возникают во время использования элайнеров. Визуализация результатов позволила учесть слабые места элайнеров и оптимизировать их топологию. Данные помогли математически достоверно рассчитать нагрузки на передвигаемые зубы, что в свою очередь является персонализированным и научно-доказательным подходом к планированию лечения. Также следует учитывать погрешности расчетов ввиду упрощенности виртуальных моделей и физических свойств.

ОПЫТ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРОДУКЦИИ

Солдатов В.С., Беделов Н.Н., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.

*ООО Лечебно-диагностический центр «Альфа-Дент»,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург;
ООО «Denta Plus», г. Дербент*

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, гаммамелиса 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. Использование этой зубной пасты, активными компонентами которой являются экстракт алэо и ромашки, масло фенхеля, кальция лактат, а также ксилит, не содержит фторидов, абразивов, парабенов, антисептиков, красителей, лаурилсульфата натрия. Она 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 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 трехлетнего возраста.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В РОССИИ

Солдатов Л.Н., Керимханов К.А., Иорданишвили А.К.

*Медико-социальный институт, Институт биорегуляции и геронтологии,
ООО «МЕДИС», Санкт-Петербург*

В 2013–2016 гг. нами поведен осмотр 1746 молодых людей, проходящих динамическое наблюдение (1387 мужчин и 359 женщин) в возрасте от 17 до 25 лет (1-я группа). Для сравнения встречаемости различных зубочелюстных аномалий, проведен осмотр 2854 (1367 мужчин и 1487 женщин) лиц в возрасте от 17 до 25 лет, обращающихся за стоматологической помощью по обращаемости (2-я группа).

В ходе исследования было установлено, что из 2854 обследованных нами лиц 2-й группы зубочелюстные аномалии выявлены у 2091, что составляет 73,2%. У 1746 человек 1-й группы зубочелюстные аномалии выявлены у 1082, что составляет 61,9%.

В ходе клинического исследования установлено, что среди аномалий положения зубов у мужчин 2-й группы встречались: смещение зубов у 768 (50,3%) чел., диастема – у 228 (39,4%), скученность зубов – у 527 (53,4%), а у женщин: смещение зубов – у 756 (49,7%) чел., диастема – у 352 (60,6%), скученность зубов – у 459 (46,6%). Среди лиц 1-й группы установлены следующие показатели распространенности аномалий положения зубов: среди мужчин смещение зубов у 857 (94,1%) чел., диастема – у 170 (13,0%), скученность зубов – у 527 (91,1%) чел.; среди женщин: смещение зубов диагностировано у 53 (5,8%) человек, диастема – у 25 (1,9%), скученность зубов – у 51 (8,8%) человека. Аномалии положения зубов часто встречается среди других видов зубочелюстных, но ввиду того, что они редко встречаются изолированно, процент частоты в общем показателе распространенности зубочелюстных аномалий значительно снижен. Среди аномалий соотношения зубных дуг челюстей наиболее часто у лиц 2-й группы встречается дистальная окклюзия: у мужчин 697 (55,1%), у женщин – 567 (44,8%). Среди лиц 1-й группы дистальная окклюзия встречается у 331 (72,9%) у мужчин и 123 (27,1%) у женщин. На втором месте по частоте встречаемости из аномалий соотношения зубных дуг челюстей занимает мезиальный прикус, который диагностирован у лиц 2-й группы: 77 (62,6%) мужчин и 46 (37,4%) женщин. Среди лиц 1-й группы I степень мезиального прикуса выявлена у 11 (61,1%) мужчин и 7 (38,9%) женщин. II степень этой патологии выявлена у 1 (5,2%) мужчины 1-й группы. Открытый прикус выявлен среди лиц 2-й группы у 114 (5,4%) и у 13 (1,2%) чел. 1-й группы. I степень открытого прикуса встречается у 55 (60,4%) лиц 1-й группы мужского пола и 36 (39,6%) чел. женского пола. Вторая степень была выявлена у 12 (57,1%) мужчин и 9 (42,9%) женщин, III степень выраженности открытого прикуса у 1 (50%) мужчины и 1 женщины (50,0%). Среди лиц 1-й группы III степень открытого прикуса не встречалась, I степень выявлена у 6 (60%) мужчин и 4 (40%) у женщин, II степень – у 2 (66,6%) мужчин и 1 (33,4%) женщины. Перекрестный прикус диагностирован у 36 (63,1%) чел. 2 группы мужского пола и 21 (36,9%) женщины. Среди лиц 1-й группы перекрестный прикус диагностирован у 15 (57,6%) мужчин и 11 (42,4%) женщин.

ВЫБОР ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Солдатова Л.Н., Зуйкова М.А.

*Медико-социальный институт, Санкт-Петербургский институт стоматологии,
Санкт-Петербург*

С каждым годом количество детей и подростков с сахарным диабетом второго типа растет. Это связано в первую очередь с увеличением процента детей с избыточным весом. Вместе с тем количество детей и подростков с зубочелюстными аномалиями так же растет с каждым годом. Рост этих заболеваний связан в первую очередь с гигиеной и культурой питания населения. Все чаще с детского возраста наблюдается злоупотребление углеводами, и недостаточное потребление свежих овощей в рационе питания детей.

У детей и подростков с сахарным диабетом второго типа на фоне сахарного диабета второго типа наблюдаются выраженные нарушения минерального обмена и связанное с этим снижение кариезистентности эмали зубов.

Любой ортодонтический аппарат в большей или меньшей степени усложняет ежедневную индивидуальную гигиену полости рта. Что касается съемных аппаратов – это в первую очередь необходимость тщательной чистки самого аппарата, а также мест непосредственного контакта аппарата с зубами. Поэтому актуальным является подбор лечебного аппарата у пациентов с зубочелюстными аномалиями и сахарным диабетом второго типа с учетом сниженной резистентности эмали зубов у таких пациентов с целью улучшения снижения частоты возникновения кариеса и улучшения стоматологического здоровья.

В исследовании приняли участие 13 детей от 6 до 11 лет с сахарным диабетом второго типа и зубочелюстными аномалиями. Резистентность эмали проверяли при помощи метода ТЭР. Эффективность гигиены полости рта оценивали при помощи индекса Грина-Вермиллиона. Оценку уровня гигиены проводили до начала лечения и через 2 месяца после начала ортодонтического лечения.

Всем пациентам перед началом ортодонтического лечения была проведена профессиональная гигиена полости рта. Пациенты были разделены на две группы, в первую группу вошли 6 детей, проходящих ортодонтическое лечение на классической съемной ортодонтической аппаратуре (пластинки) с клammerной фиксацией, во вторую группу вошли 7 детей, проходящих лечение на стандартных миофункциональных капках.

Результаты ТЭР теста показали, что у пациентов первой и второй группы исследования отмечалась умеренная, и, у большинства низкая резистентность эмали к кариесу. Среднее значение уровня гигиены полости рта у пациентов первой группы ухудшилось, в то время как у пациентов второй группы исследования, находящихся на лечении при помощи стандартных миофункциональных капк, не изменилось.

С точки зрения кариезогенной ситуации преимуществами стандартных миофункциональных капк перед классическими ортодонтическими пластинками являются: отсутствие клammerной фиксации на зубах и, как следствие, дополнительных ретенционных пунктов для зубного налета, преимущественное ночное ношение и невозможность приема пищи во время ношения аппарата, более обтекаемая форма, способствующая более легкому очищению самого аппарата.

Результаты исследования показали, что у пациентов со сниженной резистентностью эмали на фоне сахарного диабета второго типа при раннем лечении зубочелюстных аномалий предпочтение стоит отдавать стандартным миофункциональным капкам по сравнению с классическими ортодонтическими аппаратами с целью улучшения кариезогенной ситуации у таких пациентов.

ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ

Солдатов Л.Н., Лунева Ю.А.

*ООО Лечебно-диагностический стоматологический центр «Альфа-Дент»,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург*

Одной из основных задач в концепции современного развития здравоохранения на территории Российской Федерации является оказание качественной и доступной медицинской помощи населению. По данным ВОЗ, инвалиды составляют одну десятую часть населения Земли. По данным американского фонда UNICEF сегодня каждый двадцатый ребенок имеет ту или иную категорию инвалидности, и это значит, что в мире зарегистрировано более 90 миллионов детей-инвалидов.

Мы изучили и провели анализ влияния нормативно-правовой базы, а также уровень значимости экономических и социальных факторов в сфере охраны здоровья среди детей-инвалидов. Также были определены отдаленные социальные эффекты от применения действующих государственных программ.

Проблема детской инвалидности является крайне приоритетной во всем мире и в нашей стране, в частности. Ежегодно количество детей-инвалидов возрастает. На основании данных Федерального реестра инвалидов, на территории Российской Федерации с 2015 по 2016 гг. численность детей-инвалидов возросла на 100 тыс. человек, поэтому сегодня мы с полной уверенностью можем сказать, что проблема детской инвалидизации масштабируется и требует безотлагательного принятия комплекса мер по созданию системы социальной защиты, социальной интеграции и медико-профилактической помощи для детей с ограниченными возможностями, которые должны реализовываться на государственном уровне.

20 декабря 1993 г. Генеральной Ассамблеей ООН был рассмотрен и принят основополагающий международный документ, который связал воедино существующие резолюции и иные правовые документы о жизни инвалидов – «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов», а уже в 1995 г. в нашей стране был принят Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

В Федеральном законе № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» сегодня широко раскрыты все права людей с ограниченными возможностями и маломобильных граждан. В данном законе говорится о том, что социальная защита инвалидов – система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. На основании этого было введено понятия – абилитация и реабилитация инвалидов, а также социальная поддержка инвалидов, которая включает в себя не только описание мер и принципов оказания помощи, но и формирование социальных гарантий, установленных законом.

Особое место в социальной поддержке инвалидов занимает создание доступной среды (городской и транспортной инфраструктуры) для инвалидов-колясочников, что повлияло на процесс разработки и принятия в России государственной программы «Доступная среда» 2011–2015 гг.

Несмотря на то, что права детей-инвалидов прописаны в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Семейном кодексе Российской Федерации, в Законе Российской Федерации «Об образовании», а также в Федеральном законе «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и других законах, ни в одном нормативно-правовом акте нет описания и принципов применения конкретных механизмов реализации важнейших правовых норм по реабилитации инвалидов и профилактическим мероприятиям для данной группы граждан.

Приоритетом государственной политики Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни. Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России разработана в соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Данная программа учитывает накопленный в России опыт профилактической работы и построена на основе рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения по профилактике стоматологических заболеваний. Программа способствует формированию духовно-нравственных качеств личности и адаптирована к текущей экономической ситуации в стране.

Вопрос профилактики различных заболеваний у детей-инвалидов имеет всемирное значение. В частности, по данным отечественных и зарубежных авторов, распространенность стоматологических патологий, связанных с заболеваниями твердых тканей зубов, имеет тенденцию к увеличению. Так, заболеваемость кариесом для временных зубов у детей 2 лет достигает 27,7%, 3 лет – 57,7%, 4 лет – 64,2%, 5 лет – 78,3%, 6 лет – 85,4%, при интенсивности 0,9, 2,8, 3,2, 4,8, 5,2 соответственно. Те же показатели для постоянных зубов в 6 лет составляют 22,0% и 0,3, в 12 лет – 73,0% и 2,51. Среди детей-инвалидов заболеваемость кариесом и другими стоматологическими патологиями значительно выше, что может быть результатом не только сопутствующих заболеваний, но и низкой мотивированностью детей-инвалидов к профилактике и лечению стоматологических заболеваний, а также отсутствия мотивации к здоровому образу жизни в целом.

Более того, невозможно не учитывать индивидуальные особенности детей-инвалидов в зависимости от их группы инвалидности. У большинства детей ярко выражены нарушения двигательной функции и манипулятивной деятельности, что ярко отражается на неблагоприятном формировании психических функций и речеобразовании, поэтому многие дети испытывают большие трудности в самостоятельном уходе за полостью рта. Все эти факторы делают проблему создания комплексных программ профилактики еще более актуальной для детей-инвалидов.

Таким образом, рассмотрение вопросов реформирования, касающихся детей с ограниченными возможностями, является приоритетным на сегодняшний день. В основу данной политики должны входить механизмы плавного перехода от вопросов материального обеспечения к профилактике инвалидности в целом, оказанию превентивной профилактической помощи и обеспечению для инвалидов среды медицинской и трудовой реабилитации, а также снижение социальной напряженности среди людей с ограниченными возможностями.

ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ОТ 6 ДО 12 ЛЕТ

Солдатова Л.Н., Солдатов В.С., Иорданишвили А.К.

*Санкт-Петербургский медико-социальный институт,
ООО Лечебно-диагностический стоматологический центр «Альфа-Дент»,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург*

На основании динамического наблюдения за стоматологическим статусом детей в возрасте от 6 до 12 лет проведена сравнительная оценка состояния здоровья органов и тканей полости рта. Наблюдение за детьми осуществлялось в течение 3 месяцев. По завершении санации полости рта пациенты были разделены на 4 группы. Дети трех групп, кому был выдан один из трех видов зубной пасты R.O.C.S. Junior, которые они выбрали самостоятельно, улучшили свои показатели индексов гигиены полости рта через три месяца. В состав первой группы входили дети, выбравшие R.O.C.S. Junior «Ягодный микс», в состав второй – сделавшие выбор в пользу R.O.C.S. Junior «Фруктовая радуга», третья же группа выбрала R.O.C.S. Junior «Шоколад и карамель». В группе детей, где зубная паста не выдавалась, а были

даны лишь указания по уходу за полостью рта с использованием уже имеющихся у них средств гигиены, показатели индексов гигиены полости рта улучшились менее значительно в сравнении с первыми тремя группами. Каждый месяц пациенты приходили на повторный осмотр.

В исследовании показано, что использование зубных паст R.O.C.S. Junior заметно улучшает гигиеническое состояние полости рта у детей в возрасте 6–12 лет вне зависимости от разновидности данной пасты.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Степанова Ю.В.

*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, отделение ЧЛХ НИМЦ ДТО
им. Г.И. Турнера Минздрава России, г. Томск*

Введение и цели. Врожденная расщелина губы и неба – тяжелый порок развития челюстно-лицевой области. Предупреждение послеоперационных деформаций носа и верхней губы при лечении детей с расщелинами верхней губы и неба – одна из сложнейших задач детской челюстно-лицевой хирургии.

Материалы и методы. За период с 1996 по 2020 гг. проводилось лечение 832 детям с односторонними и двусторонними расщелинами губы.

Всем детям с первых дней жизни проводилась предоперационная подготовка: раннее ортодонтическое лечение, массаж носа и верхней губы.

Первичная операция хейлоринопластики проводилась детям в возрасте от 2 до 6 месяцев. Независимо от формы расщелины операция проводилась в один этап.

Для предупреждения послеоперационных деформаций в послеоперационном периоде проводился массаж носа и верхней губы, ортодонтическое лечение для нормализации прикуса, в послеоперационном периоде проводились консервативные мероприятия, использовались индивидуальные трубочки в носовые ходы.

Результаты. Предупреждение послеоперационных деформаций при лечении детей с расщелинами губы следует начинать в предоперационном периоде, устраняя врожденную деформацию верхней челюсти и улучшая состояние мягких тканей. Это значительно улучшает условия для проведения первичной хейлоринопластики. При первичной операции необходимо проводить радикальную ринопластику, устранение патологической тяги мышц, создание дна носового хода и полноценного преддверия рта. Применение в раннем и позднем послеоперационном периоде массажа, миогимнастики, использование индивидуальных трубочек в носовые ходы позволяет не только улучшить состояние послеоперационного рубца, но и стимулирует нормальный рост тканей губы и носа.

При использовании данной схемы комплексного лечения 81% детей с односторонними расщелинами губы и 50,5% детей с двусторонними расщелинами губы проведение корректирующих операций не понадобилось.

Заключение. Комплексное лечение детей с расщелинами губы, ортодонтическое лечение с первых дней жизни ребенка и до окончания формирования лица, консервативные мероприятия по предупреждению грубого рубцевания значительно улучшают результаты лечения детей с расщелинами губы.

АНАЛИЗ ПРОФИЛЬНЫХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ И ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ С ЭЛЕМЕНТАМИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА «ALLEGRO»

Тимченко В.В., Фадеев Р.А.

СПБИНСТОМ, Санкт-Петербург

Введение. В нашу жизнь с каждым днем все глубже и глубже внедряются высокие технологии, предназначенные облегчить человеческий труд, сделать выполняемую работу более быстрой и качественной. Одной из таких технологий является искусственный интеллект, призванный решать порой очень сложные задачи, от создания так называемых «умных домов», до разработки планов автоматизированных космических полетов.

Ученые считают, что в ближайшем будущем искусственный интеллект освободит нас от выполнения рутинных задач во многих сферах жизни. Например, он может оказать серьезное влияние на медицину. Одним из примеров внедрения искусственного интеллекта в медицинской диагностике является система IBM «Watson», которая помогает ставить диагнозы в кардиологии и онкологии. Другим примером стал проект Google «DM Health», применяемый в области офтальмологии.

Материалы и методы. Нами разработана и внедрена в учебный процесс и клиническую практику компьютерная программа модифицированного цефалометрического анализа «Allegro», которую можно отнести к искусственному интеллекту, построенному по концепции экспертных систем. К сожалению, даже опытные врачи при анализе боковых телерентгенограмм в силу различных факторов могут допускать ошибки, что приводит к постановке неправильного диагноза и отсюда – выбору неверной тактики лечения. Компьютерная программа «Allegro» способна выявить зубочелюстные аномалии и самостоятельно поставить диагноз по рассчитанным ею цефалометрическим параметрам, что позволяет избежать так не желаемых врачами ошибок.

Перед началом работы в специальное окно программы вводятся данные пациента и загружается боковая телерентгенограмма. Врач устанавливает на снимке цефалометрические точки, указанные в боковом окне программы, после чего она проводит масштабирование и необходимые вычисления и выдает полученные данные в виде таблицы. В ней отображены числовые значения, а также словами описывается диагноз. Вся процедура занимает всего несколько минут. Врачу остается ознакомиться с диагнозом и на его основании предложить план лечения. Это позволяет провести диагностику уже на первой консультации, что экономит время не только врача, но и пациента, а возможность распечатать или переслать результат анализа упрощает взаимодействие между смежными специалистами, в частности, челюстно-лицевой хирургии.

Вывод. Искусственный интеллект – это уже не научная фантастика или сюжет голливудского боевика, а активно развивающийся механизм, призванный помочь людям в разных областях, в том числе и медицине. И стоматология в этом плане старается быть на должном уровне, примером чего является программа цефалометрического анализа «Allegro».

МЕТОДИКА ВНУТРИРОТОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В., Косач С.А.

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

Актуальность. Стоматологический внутриротовой 3D-сканер – это устройство, позволяющее получить цифровой оттиск в условиях стоматологического приема. Сканирование осуществляется за счет проецирования лазерного пучка или пучка структурированного света на сканируемый объект: зубы и некоторые несъемные конструкции (имплантаты, брекет-системы). Изображения видимых мягких и твердых тканей (так же, как и изображения конструкций, находящихся в полости рта) обрабатываются специальным программным обеспечением в режиме Real-Time и генерируются «облака точек».

Далее происходит процесс триангуляции данных «облаков» и образуется поверхность трехмерной модели, состоящая из сеток (meshes). Такая трехмерная модель мягких и твердых тканей называется оптическим или цифровым оттиском и является альтернативой традиционным гипсовым моделям.

Несмотря на то, что интраоральные сканеры начинают постепенно распространяться в мире и использоваться врачами-стоматологами в своей практике, существует очень скудное количество обзоров по практическому применению этих устройств.

Цель: Преимущества и недостатки цифровых оттисков согласно современной литературе.

Изложить методику получения цифрового оттиска на примере использования внутриротового сканера iTero Element® 2.

Преимущества и недостатки

Преимущества	Недостатки
Уменьшенный дискомфорт пациента	Трудность сканирования пришеечной области
Экономия времени	Большая трата времени на обучение
Сокращение использования материалов	Стоимость (обслуживание и первоначальный взнос)
Не нужно делать гипсовые модели	
Удобство для зубного техника	
Удобство для пациента	

Методика:

Подготовительный этап:

Ввести логин/пароль в системе iTero.

Выбрать нужного пациента или создать нового.

Создать кейс в формате iRecord (модель без основания) или iCast (модель с основанием).

(Опционально) указать наличие брекетов (Braces present).

(Опционально) указать (Multi-Bite) – при регистрации не только привычной окклюзии.

Сканирование:

Верхняя челюсть:

Сканирование окклюзионных поверхностей зубов.

Сканирование вестибулярной поверхности зубов.

Сканирование небных поверхностей зубов.

Нижняя челюсть:

Сканирование окклюзионных поверхностей зубов.

Сканирование вестибулярной поверхности зубов.

Сканирование язычных поверхностей зубов.

Регистрация прикус:

Челюсти сомкнуты – сканирование в области 4–5–6 зубов слева.

Челюсти сомкнуты – сканирование в области 4–5–6 зубов справа.

При необходимости – регистрация в других соотношениях зубных дуг.

Корректировка:

Инструмент «Резинка» – позволяет переснять области.

Инструмент «Ножницы» – позволяет удалить артефакты.

Завершение сканирования.

Необходимо дождаться в меню «Orders» завершения обработки заказа и смены статуса с «Sending» на «Sent».

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В.

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

Взаимопонимание – ключевой фактор для успеха дела, когда речь идет о сотрудничестве. Взаимопонимание между врачом и пациентом необходимо на всех этапах до, в процессе и после лечения. Однако всегда ли оно есть? Насколько хорошо мы понимаем друг друга? Что может скрываться под фразой: «Вы доктор, делайте так, как считаете нужным»? И как далека эта фраза от претензий, высказываемых пациентом? Насколько подробно в рамках консультации можно объяснить планируемый ход лечения и быть уверенным, что тебя правильно поняли?

Взаимодействие в социуме подразумевает постоянный контакт с другими людьми, осознанное и неосознанное получение информации. Интернет прочно вошел в нашу жизнь, и мы не представляем себе каждодневной работы и отдыха без сети. Интернет пестрит рекламой, предложениями, статьями, фото и видео. Практически каждая стоматологическая клиника имеет свой сайт, где описывает оказываемые медицинские услуги, демонстрирует интерьеры, оборудование и врачей с их опытом, сертификатами и регалиями. Есть также страница отзывов, но здесь гораздо меньше клиник, решающихся публиковать что-то негативное. Так как без ортодонтического компонента зачастую невозможно проведение комплексной реабилитации пациента, независимо от его возраста, то врач-ортодонт присутствует почти в каждом штате. Ортодонтическое лечение стало довольно обыденным явлением в стоматологической практике. Это еще одна медицинская услуга, для оказания которой необходимо согласование и подписание достаточно большого количества документов.

Наше исследование носит статистический характер для выяснения основных мотиваторов выбора врача и клиники пациентом, понимания сути и необходимости ортодонтического лечения. Насколько сильно влияние рекламы или доверие к рекомендациям знакомых? Как часто обращаются к сайтам с отзывами, таким как: med-otzyv.ru, like.doctor, narpravku.ru и другим подобным? Насколько часто пациенты сами пишут отзывы на таких сайтах, почему возникает проблема недопонимания и отсутствие диалога между врачом и пациентом?

Была составлена анкета, которую заполняли пациенты разных возрастов, проходившие ортодонтическое лечение, не проходившие, но планирующие, проходящие его повторно, пациенты стоматологов смежных специальностей. Целью исследования было выявление основополагающих факторов, формирующих позитивное или негативное отношение к ортодонтическому лечению, доверия или недо-

верия к врачу. На данном этапе можно сказать, что необходимость участия клинических психологов и внесение соответствующих образовательных модулей в программы обучения клинических ординаторов доказана. Исследование продолжается.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ С 4 ДО 8 ЛЕТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕДМЕТОВ И СРЕДСТВ

Трещикова Т.М., Васильев М.А., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.

*Тайцкая поликлиника, г. Гатчина; ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург*

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). Использование этой зубной пасты, 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 воспринимали 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.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ РТА И МОТИВАЦИИ ПО УХОДУ ЗА НИМ У ПОДРОСТКОВ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ

Улитовский С.Б., Шевцов А.В.

*Кафедра стоматологии профилактической ФБГОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава
России, Санкт-Петербург*

Актуальность. Сегодня лечение несъемными ортодонтическими аппаратами, типа брекет-систем, распространено среди подростков ввиду своей эффективности. Но в данном возрасте брекет-системы из-за своих конструктивных особенностей значительно усложняют гигиену рта. Существует высокий риск появления осложнений со стороны твердых тканей зубов и тканей пародонта, а это требует своев-

ременных и адекватных профилактических действий. Низкая гигиеническая культура и недостаточная мотивация по уходу за лечебной аппаратурой дополнительно осложняют стоматологическую ситуацию у подростков.

Целью данного исследования было изучить изменение различных индексов и основанных на них эффективностей, связанных с гигиеной рта, у подростков с брекет-системами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 подростков с брекет-системами, разделенные на 2 возрастные группы 12–14 и 15–18 лет. Проводили осмотры, во время которых изучали очищающий эффект на основании показателей индекса гигиены Грина–Вермиллиона упрощенного (OHI–S Green, Vermillion, 1964), реминерализующую эффективность на основе теста резистентности эмали В.Р. Окушко (1984) и противовоспалительную эффективность при помощи папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА, Schour, Massler, 1948), устанавливали выживаемость гигиенических знаний у подростков на основании Индекса Гигиенических знаний Улитовского. Наряду с этим осуществлялась выкопировка данных из амбулаторных карт стоматологических больных, форма 043/у.

Результаты. В результате исследования на основании индекса Грина–Вермиллиона упрощенного установлены показатели очищающего эффекта, который в первой группе был равен $42,85 \pm 3,61\%$, а во второй группе – $51,04 \pm 4,87\%$. Реминерализующая эффективность в 1-й группе составила $50,00 \pm 0,14\%$, во второй группе данный показатель был равен $66,75 \pm 0,19\%$. Противовоспалительная эффективность по данным индекса РМА в 1-й группе составила $34,07 \pm 8,17\%$, а в группе 2 – $40,02 \pm 10,32\%$. А выживаемость гигиенических знаний по Индексу Гигиены С.Б. Улитовского в группе 1 к концу исследования составила $16,01 \pm 4,37\%$, аналогичный показатель во второй группе был равен $22,15 \pm 5,65\%$.

Заключение. Полученные результаты обуславливают необходимость повышения качества стоматологического здоровья у подростков посредством стоматологического просвещения и улучшения гигиенических процедур во рту.

ФАКТОРЫ РИСКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ

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

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск

Факторами риска ЗЧА называют потенциально опасные факторы, которые самостоятельно не вызывают заболевание, но могут напрямую или косвенно запускать механизм развития тех или иных патологий прикуса. Ситуация осложняется тем, что одна и та же аномалия может причиной воздействия разных факторов или их комбинацией, следовательно, установить этиологию патологии зачастую достаточно сложно.

Существуют различные классификации факторов риска развития ЗЧА:

С.Н. Ларионов, Е.С. Ларионова, А.А. Симакова, А.И. Юшманова выделяют следующие факторы:

- наследственные;
- антенатальные, интранатальные и неонатальные;
- общесоматические заболевания ребенка в первые годы жизни (период раннего детства);
- нарушение структуры тканей и органов зубочелюстной системы;
- нарушение функций зубочелюстной системы;
- нарушение позы тела в покое и движении.

Также факторы риска можно классифицировать как:

- неуправляемые (генетические, антенатальные);
- управляемые (интра- и постнатальные, нарушение функций).

Вторую группу факторов возможно нейтрализовать или ослабить путем внедрения мер профилактики и комплексной работы смежных специалистов.

Возможно деление факторов по времени воздействия на:

- осуществляющие постоянное воздействие (генетические, хронические заболевания);
- временно действующие (вредные привычки, неправильное положение головы во время сна и т.д.).

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПОДРОСТКАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНЫХ АППАРАТОВ

Чернова К.Д., Афонина И.В.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград

В настоящее время у многих пациентов с зубочелюстными аномалиями ортодонтическое лечение проводится с применением несъемных аппаратов. Процесс ортодонтического лечения нередко сопровождается различными осложнениями: деминерализация твердых тканей зубов, дисколориты эмали, образование кариозных полостей, развитие воспалительных болезней пародонта. Одной из основных причин появления осложнений в процессе ортодонтического лечения является низкий уровень гигиены рта пациентов. Поэтому до начала ортодонтического лечения пациентов обучают правилам гигиенического ухода за зубами и ортодонтическими аппаратами, выбору предметов и средств гигиены, дают рекомендации по питанию и частоте проведения профессиональной гигиены рта.

Цель исследования: определение приверженности профилактическим рекомендациям врача-ортодонта у подростков, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием несъемных аппаратов.

Материалы и методы исследования. Проведено добровольное анонимное анкетирование 30 подростков (10 юношей и 20 девушек) в возрасте от 14 до 17 лет, которые в течение от 1 до 24 месяцев находились на ортодонтическом лечении с использованием несъемных аппаратов. Авторская анкета содержала 10 вопросов, направленных на получение данных об использовании подростками основных и дополнительных предметов гигиены рта, режиме чистки зубов, выполнении рекомендаций врача-стоматолога по вопросам питания, о знаниях подростков о первых признаках заболеваний десен, необходимости проведения профессиональной гигиены рта во время ортодонтического лечения.

Результаты исследования. Изучение данных анкетирования показало, что на момент установки несъемной аппаратуры большинство (90,0%) подростков были обучены правилам гигиены рта врачом-ортодонтом. Только 10,0% респондентов сообщили, что не получили необходимых рекомендаций по гигиене рта до начала ортодонтического лечения. Однако, несмотря на обучение, лишь 26,7% подростков чистили зубы после каждого приема пищи, 66,7% – дважды в день, 56,7% – утром после еды и вечером перед сном, 10,0% – утром до еды и вечером перед сном, 6,7% – раз в день (утром, перед завтраком). Таким образом, рекомендации врача-ортодонта по чистке зубов после каждого приема пищи выполнял лишь каждый четвертый пациент.

Специальные ортодонтические зубные щетки (V-образная, монопучковая) использовали менее половины (43,3%) респондентов. Большинство (53,3%) чистили зубы обычной зубной щеткой. Только 1 подросток (3,3%) применял электрическую зубную щетку.

Для чистки зубов подростки использовали различные зубные пасты, чаще других (53,3%) – с отбеливающим эффектом. Только 6,7% респондентов использовали фторидсодержащую зубную пасту, 10,0%

чередовали фторидсодержащую и противовоспалительную зубные пасты, 10,0% применяли только противовоспалительную зубную пасту, 20,0% – кальцийсодержащую зубную пасту.

Дополнительные средства гигиены рта использовали 74,3% подростков: ополаскиватели – 60,0%, зубные нити (суперфлосс) – 46,7%, зубные ершики – 36,7%, ирригаторы – 16,7%, скребки для чистки языка – 10,0%. Не использовал дополнительные средства гигиены рта каждый четвертый респондент (26,7%).

Рекомендациям врача-ортодонта в отношении питания следовали 63,3% респондентов, не выполняли рекомендации – 36,7%.

Большинство (66,7%) подростков отрицали наличие у себя болезней пародонта. Однако каждый третий (33,3%) респондент отмечал необычный цвет и форму десны, а 20,0% замечали кровоточивость десен при чистке зубов.

Все (100%) респонденты знали о необходимости проведения профессиональной гигиены рта, однако ни один подросток не отметил проведение этих мероприятий в течение прошедшего периода лечения.

Заключение. Подростки, находящиеся на ортодонтическом лечении с использованием несъемных аппаратов, часто пренебрегали рекомендациями врача-ортодонта по гигиене рта и питанию. Не соблюдали правильный режим чистки зубов 73,3% подростков, не использовали специальные зубные щетки 56,7%, не сочетали противокариозные и противовоспалительные зубные пасты 90,0%, не применяли дополнительные средства гигиены рта 26,7%, не выполняли рекомендации по вопросам питания 36,7%. Каждый третий (33,3%) подросток отмечал у себя признаки воспалительных болезней пародонта. Профессиональная гигиена рта у опрошенных пациентов в период ортодонтического лечения не проводилась. Полученные данные обосновывают необходимость усиления санитарного просвещения, гигиенического воспитания и обучения ортодонтических пациентов, мотивации подростков к посещению врача-стоматолога или гигиениста стоматологического для профессиональной гигиены рта и других профилактических мероприятий.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОГО ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шаковец Н.В., Антоненко А.Н., Жилевич А.В., Свирская А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Актуальность. Кариес зубов у детей раннего возраста остается актуальной проблемой современности. Согласно критериям ВОЗ (1997), кариозные поражения регистрируются только на стадии, когда уже имеется дефект в виде необратимой убыли твердых тканей зуба, или же на стадии развития осложнений. Одной из тенденций современной стоматологии является разработка систем, предполагающих выявление и регистрацию ранних стадий заболевания, когда их развитие можно приостановить путем контроля ведущих факторов риска и применения неинвазивных методов лечения.

В связи с агрессивностью и быстрой течением кариозного процесса, у детей первых лет жизни для регистрации у них кариозных поражений была предложена новая классификация (Evans et al., 2017), согласно которой в зубную формулу вносятся все кариозные поражения, включая начальные (ECC1) и регистрируются основные факторы риска.

Цель исследования: оценить интенсивность и распространенность кариеса раннего возраста и выявить основные факторы риска его развития среди детей г. Минска с использованием новых международных критериев.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 217 детей (52,1% мальчиков и 47,9% девочек) в возрасте от 1 года до 6 лет (12–71 месяц), проживающих в г. Минске. Все пациенты были распределены на 5 возрастных групп: 12–23 месяца ($n = 20$), 24–35 месяцев ($n = 32$), 36–47 месяцев ($n = 65$), 48–59 месяцев ($n = 47$) и 60–71 месяц ($n = 53$). Осмотр проводился группой из 4 врачей-стоматологов в медицинском кабинете дошкольных образовательных учреждений и в стоматологическом кабинете. Предварительно была проведена калибровка экзаменаторов (коэф. Каппа = 0,95; 0,93; 0,91). Обследование детей проводилось в одинаковых условиях: в первой половине дня, при искусственном освещении после предварительной чистки зубов. Для регистрации кариозных поражений у детей использовали новую классификацию (Evans et al., 2017) с оценкой интенсивности кариеса по индексу ECC1–3 mft. Клинический осмотр проводили визуально с использованием деревянного зонда и зеркала. В сомнительных случаях регистрировали более низкий балл. Данные осмотра регистрировались в карте, прилагаемой к международному протоколу диагностики и оценки кариеса раннего возраста. Состояние гигиены полости рта оценивали по индексу Silness-Loe (1967). Родителям было предложено ответить на вопросы анкеты, касающиеся состояния здоровья ребенка, социальных и поведенческих факторов. Обследование проводилось после подписания родителями информированного согласия. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты исследования. В результате применения нового протокола диагностики кариозных поражений установлено, что распространенность кариеса зубов у обследованных детей возрастала с 50,0% в возрасте 1 года до 88,7% в возрасте 5 лет, среднее значение составило 78,8% (табл.). Дети первого года жизни имели в среднем по 1,45 пораженных кариесом зубов по индексу ECC1-3mft и 2,10 поверхностей по индексу ECC1-3mfs. С возрастом эти показатели возрастали, составив 6,45 и 10,94 соответственно у детей в возрасте 5 лет ($p < 0,001$).

Таблица. Стоматологический статус детей дошкольного возраста г. Минска

Возрастная группа, мес	Кол-во детей, n	Рас-пр., %	ECC1-3mft, M (SD)	ECC1, M (SD)	ECC1, %	ECC1-3mfs, поверхностей M (SD)	ECC1 поверхностей M (SD)	ECC1, % поверхностей	Индекс гигиены PLI
12–23	20	50,0	1,45 (1,82)	0,90 (1,52)	62,0	2,10 (3,77)	0,90 (1,52)	42,9	1,05 (0,88)
24–35	32	62,5	3,75 (4,11)	1,75 (2,03)	46,0	4,97 (7,04)	1,78 (2,06)	45,9	1,07 (0,77)
36–47	65	86,2	4,40 (4,16)	1,58 (2,01)	35,9	6,57 (9,41)	1,74 (2,24)	35,6	1,60 (0,94)
48–59	47	80,9	4,64 (4,59)	0,91 (1,35)	19,6	7,19 (9,31)	1,04 (1,41)	22,0	1,26 (0,83)
60–71	53	88,7	6,45 (4,50)	1,47 (2,35)	22,8	10,94 (8,69)	1,57 (2,46)	24,4	1,29 (1,00)
Всего	217	78,8	4,59 (4,37)	1,37 (1,95)	29,8	7,12 (8,83)	1,47 (2,07)	20,6	1,32 (0,92)

В структуре индекса интенсивности кариеса зубов у детей в возрасте 1–3 лет наибольшую долю составляли обратимые кариозные поражения (ECC1). В среднем среди всех обследованных детей этот показатель достиг 29,8%, то есть почти одну треть от всех диагностированных. Каждый ребенок имел в полости рта 0,77 (1,48) запломбированных зубов. Удаленные же зубы были в основном зарегистрированы у более старших детей: у 4-летних (0,30 (1,08)) и 5-летних (0,26 (0,71)).

Индекс гигиены (PLI) у детей дошкольного возраста составил 1,32 балла. Наиболее высокие значения индекса гигиены полости рта регистрировались у детей в возрасте 3–4 лет (1,60). Между индексом гигиены и интенсивностью кариеса по индексу ECC1-3mft выявлена положительная средняя статистически значимая корреляционная связь ($r = 0,32$; $p < 0,000$).

На вопросы анкеты ответили 106 родителей. Большинство опрошенных родителей имели высшее образование: 77,6% матерей и 71,1% отцов.

На грудном вскармливании находились 76,9% детей со средней продолжительностью $12,8 \pm 8,1$ месяцев, а на искусственном вскармливании эти показатели составили 23,1% и $16,2 \pm 7,1$ месяцев соответственно. Средний возраст, в котором были завершены ночные кормления, составил $15,5 \pm 8,7$ месяцев. Более половины респондентов (72,1%) дают детям сладости 1 раз в день или чаще.

Согласно ответам родителей, 52,9% из них приводят детей к врачу-стоматологу на профилактический осмотр или с целью лечения 1 раз в год, а 36,5% – 2 и более раз в год. При анализе ответов на вопросе о гигиеническом уходе за полостью рта детей было установлено, что только 60,6% родителей чистят зубы своим детям, из них 43,4% проводят данную процедуру 1 раз в день и 37,5% – 2 и более раз в день. Регулярно используют фторидсодержащую зубную пасту для чистки зубов своим детям лишь 25% родителей. Системные добавки фторидов иногда или регулярно дают лишь в 10,6% семей. Между уровнем образования матери и индексом ECC1-3mft выявлена слабая отрицательная статистически значимая взаимосвязь ($r = -0,09$; $p < 0,008$).

Выводы. Применение нового международного протокола диагностики кариеса зубов у детей раннего возраста в сравнении с высоко консервативными критериями ВОЗ позволяет выявлять и регистрировать ранние (обратимые) стадии заболевания, когда их развитие можно приостановить путем контроля ведущих факторов риска и применения неинвазивных методов лечения. У родителей детей в возрасте до 6 лет наблюдается низкий уровень санитарных знаний и комплаентности в отношении поведенческих факторов риска, таких как регулярная чистка зубов, использование фторидов, режима и рациона питания. Врачам-стоматологам, врачам-педиатрам и патронажным медицинским сестрам следует как можно раньше информировать родителей о правилах гигиены полости рта у детей и режима употребления «свободных» сахаров и выявлять кариозные поражения на самых ранних стадиях.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Шарангин Н.М.

Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, г. Сочи

До сих пор не найдена причина развития многоформной экссудативной эритемы. Поэтому анализ особенностей клинического течения и повышения эффективности лечения этого заболевания. В том числе у молодых людей является актуальным для практического здравоохранения в связи с необходимостью совершенствования ее лечения. В связи с этим приводим клиническое наблюдение.

Пациент Х., 19 лет, в декабре 2019 г. обратился к врачу с жалобами на озноб, слабость, головную боль, повышение температуры до 38°C , сухой кашель, а также наличие высыпаний на красной кайме, слизистой оболочке губ, а также слизистой оболочке полости рта. Считал себя больным в течение суток, ранее подобного состояния с ним не отмечалось, и его возникновение ни с чем не связывает. Общее состояние пациента было средней тяжести, температура $37,8^{\circ}\text{C}$, пульс 102 уд/мин. Со стороны внутренних органов и систем организма без видимых патологических изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Кожные покровы чистые. На красной кайме губ определялись плотные корки буро-красного цвета, на слизистой оболочке щек, губ, неба, дна полости рта имелись многочисленные сливающиеся эрозии, покрытые серым налетом. Неприятный запах из полости рта не определялся. Изменений в моче не отмечено, в крови – признаки воспалительного процесса (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево). Диагноз: многоформная экссудативная эритема, инфекционно-аллергическая буллезная форма. Лечение: режим палатный, диета че-

люстная первые 5 дней с переходом на диету №15. Фармакотерапия: внутримышечные инъекции цефтриаксона по 1,0 г 2 раза в сутки в течение 7 дней с последующей заменой инъекций приемом таблеток ампициллина по 500 мг 4 раза в сутки в течение недели; ремантадин по 50 мг 1 раз в сутки курсом 15 дней; тиосульфат натрия по 10 мл 30% раствора ежедневно в течение 10 суток; бромгексин по 8 мг 3 раза в день в течение 15 суток; тимоген внутримышечно по 1 мл 1 раз в день в течение 5 суток; полифепан по 1 столовой ложке 3 раза в день за 45–60 минут до приема пищи в течение недели; витаминотерапия (гексавит по 1 драже 3 раза в день). Местно: ирригации полости рта растворами антисептиков (вначале 0,02% раствор хлоргексидина в течение 7 суток с последующей его заменой 0,5% раствором фурацилина), смазывание эрозий в течение 7 суток аргаколом (2 раза в сутки) с последующей его заменой на гель с прополисом «Асепта». Улучшение состояния отмечено у пациента через 3 дня от начала лечения. Эпителизация раневых поверхностей на губах и слизистой оболочки полости рта произошла на 16-е сутки от начала лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕДМЕТОВ И СРЕДСТВ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ ОТ 8 ЛЕТ И ПОДРОСТКОВ

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

*ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»,
ООО Лечебно-диагностический центр «Альфа-Дент»,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург;
ООО «Denta Plus», г. Дербент*

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 аминифторид (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. Дети и подростками она применялась ежедневно 2–3 раза в день. Ее использование препятствовало образованию налета, а за счет ксилита и аминифторида 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.

Таким образом, 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ

Шхагошева А.А., Подмарькова А.О.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград

Для профилактики кариеса жевательной поверхности временных моляров у детей используются различные методы: обработка препаратами диаминфторида серебра, нанесение фторидного лака, герметизация фиссур различными материалами, реминерализующая терапия. Несмотря на большое количество исследований, посвященных профилактике кариеса у детей методом герметизации фиссур моляров, до сих пор нет ясной картины в отношении эффективности различных методик и материалов.

Цель исследования: изучить результаты герметизации фиссур временных моляров у детей в возрасте 3–5 лет.

Материал и методы исследования. Проведено кросс-секционное исследование среди детей в возрасте 3–5 лет, обратившихся в стоматологическую организацию по различным причинам. После получения информированного согласия родителей, проведено изучение медицинской документации и стоматологическое обследование 238 детей. Регистрировали данные о проводившейся ранее герметизации фиссур временных моляров (материал, срок). При осмотре детей отмечали состояние герметика (полная сохранность, частичная сохранность, выпадение), наличие кариозных поражений в области фиссур временных моляров. Каждому ребенку определяли индекс «кпу». Показатели интенсивности кариеса и структуру «кпу» оценивали в зависимости от проведения у детей герметизации фиссур временных моляров. Определяли пропорции (%) и средние величины ($M \pm m$) показателей, различия оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Среди обследованных 238 пациентов герметизация фиссур временных моляров ранее проводилась у 138 детей (58,0%, группа 1), не проводилась у 100 детей (42,0%, группа 2). В группе 1 для герметизации зубов применялись стеклоиономерные цементы и светоотверждаемые герметики. В среднем, у одного ребенка было $4,43 \pm 0,11$ временных моляров с герметизированными фиссурами. Оценка состояния герметиков, проведенная через 12–24 месяца после процедуры, выявила полную сохранность материала в 28,1% случаев, частичную сохранность – 57,0%, выпадение материала – 14,9%. Кариозные поражения фиссур выявлены в 12,2% случаев, как правило, после полной потери герметиков. Таким образом, в молярах с герметизированными фиссурами частота возникновения кариеса жевательной поверхности зубов была небольшой, даже после частичной или полной утраты герметика.

Интенсивность кариеса (по «кпу») среди детей группы 1 была меньше, чем среди детей группы 2: $3,64 \pm 0,05$ и $3,91 \pm 0,03$ соответственно, $p < 0,001$. В структуре «кпу» доля кариозных зубов была одинаковой в обеих группах (28,2 и 29,1%, $p > 0,05$). Доля пломбированных зубов была больше в группе 1, чем в группе 2 (53,5 и 43,5% соответственно, $p < 0,01$), а доля преждевременно удаленных временных зубов в группе 1 была существенно меньше, чем в группе 2 (18,3 и 27,4% соответственно, $p < 0,01$). Таким образом, герметизация фиссур временных моляров способствовала снижению

интенсивности поражения кариесом зубов и уменьшению частоты преждевременных удалений временных зубов у детей.

Заключение. Выявлено, что у 58,0% пациентов в возрасте 3–5 лет проводилась герметизация фиссур временных моляров. Через 12–24 месяца в большинстве (85,1 %) случаев отмечалась полная или частичная сохранность герметика. После герметизации фиссур кариес выявлен в 12,2% случаев с локализацией в области утраченных герметиков. Интенсивность кариеса и частота преждевременных удалений временных зубов у детей с герметизированными фиссурами временных моляров была существенно ниже, чем у детей, которым герметизация фиссур не проводилась.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Андриянова Я.Н.....	5	Мансур Ю.П.....	5
Антоненко А.Н.....	43	Медведева А.В.....	23
Афоница И.В.....	42	Музыкин М.И.....	17
Баширова А.Р.....	6	Муранова А.А.....	23
Беделов Н.Н.....	9, 10, 31, 46	Насретдинова Н.Ю.....	27
Боева П.А.....	8	Никитина Т.Б.....	11
Васильев М.А.....	9, 17, 40	Онищенко Л.Ф.....	5, 24
Васильченко Г.А.....	10	Переверзев В.С.....	19
Викторова А.А.....	11	Пивоваров А.А.....	28
Воробьева Н.В.....	8	Подмарькова А.О.....	47
Ворожцова Л.И.....	27	Прикуле Д.В.....	28
Гамаонова К.А.....	12	Пряженник Ю.М.....	21
Горбатова Л.Н.....	15	Робустова Т.Г.....	30
Горбатова М.А.....	25, 41	Рыбаков А.В.....	30
Госков И.А.....	12	Сакерина А.И.....	8
Гржибовский А.М.....	15	Самсонов В.В.....	17
Гулиева А.Ю.....	13	Свирская А.В.....	43
Гусейнов Р.З.....	15	Сериков А.А.....	17
Дечкина В.П.....	15	Серикова А.Г.....	17
Жилевич А.В.....	43	Симакова А.А.....	15, 25, 41
Жмудь М.В.....	19	Соколович Н.А.....	30
Жмудь О.Н.....	19	Солдатова Л.Н.....	19, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 46
Зубкова Н.В.....	38, 39	Солдатов В.С.....	31, 35, 46
Зуйкова М.А.....	33	Степанова Ю.В.....	36
Иорданишвили А.К.....	10, 15, 16, 17, 18, 19, 30, 31, 32, 35, 40, 46	Тимченко В.В.....	37
Кантария Г.О.....	24	Ткаченко Т.Б.....	8, 21, 22, 23, 23, 30, 38, 39
Кардаков Д.А.....	21	Трещикова Т.М.....	40
Кардашенко Я.Р.....	22, 23	Улитовский С.Б.....	40
Карибова Б.С.....	6	Фадеев Р.А.....	37
Керимханов К.А.....	9, 10, 32	Федорович Е.В.....	25, 41
Киба К.А.....	24	Филоненко С.А.....	12
Ковалева Е.В.....	15	Чернова К.Д.....	42
Коровин Н.В.....	30	Шаковец Н.В.....	43
Косач С.А.....	38	Шарангин Н.М.....	45
Леонтьева Т.С.....	25	Швецов М.М.....	46
Лунова Ю.А.....	34	Шевелева Н.Ю.....	13
Лысков Н.В.....	30	Шевцов А.В.....	40
Малахова Н.Е.....	26	Шхагошева А.А.....	47
Мандра Ю.В.....	27		



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.



АО

AMERICAN ORTHODONTICS RUSSIA

www.americanorthodontics.ru

D 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. 503 (БЦ "Центросоюз")
тел.: (499) 689-5038, +7 (915) 162-3232
e-mail: astokmsk@gmail.com

**ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ
ПРОДУКЦИЯ
ПРЕМИУМ-КЛАССА**

Made in USA

