



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

IV МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

15-16

апреля
2021 года



Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2021

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

IV Международной
научно-практической конференции

СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

15–16 апреля 2021 года

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2021

УДК 616.314 : 616-053.2(063)

ББК 57.33

С23

Сборник тезисов IV Международной научно-практической конференции «Современная детская стоматология и ортодонтия». – СПб: Человек, 2021. – 56 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 Минздрава России.

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

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

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

Соколович Н.А. – д.м.н., профессор, заведующая 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 Минздрава России.

Соорганизаторы конференции:

Кафедра стоматологии ФГБОУ ВО СПбГУ.

Кафедра стоматологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

Оргкомитет:

Издательство «Человек», Санкт-Петербург.

Издательство ООО «Человек»

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

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

Подписано в печать 12.04.2021. Формат 60×90/16.

Гарнитура Мириад. Усл.-печ. л. 3,5. Тираж 300 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА ФОНЕ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ И НАПРЯЖЕНИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.....	5
Артеменко Ю.Н., Мартынова Е.Ю.	
ОПЫТ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРОДУКЦИИ.....	5
Беделов Н.Н.	
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ МУДРОСТИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	6
Василченко Г.А., Иорданишвили А.К.	
АНАЛИЗ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ В ГОРОДЕ	
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ (РОССИЯ)	7
Гасанов И., Маслов В.В., Маслова Т.В.	
ВОЗМОЖНОСТИ МУКОГИНГИВАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	8
Гольдштейн Е.В.	
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТЕРИ ЗУБОВ У ПРИЗЫВНИКОВ	9
Гук В.А., Кузьмин И.Э.	
АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ПОКАЗАНИЯ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ	10
Зуйкова М.А., Щербина Н.Ю.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ АТРАВМАТИЧНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ШАБЛОНА-РЕКТРАКТОРА ДОКТОРА ЗЫКИНА	11
Зыкин А.Г.	
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОДОНТОГЕННОГО СЕПСИСА В УСЛОВИЯХ КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ С ПОМОЩЬЮ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ШКАЛ АРАСНЕ-2, SOFA, SAPS-2, SIRS (КГМУ, ВГМА).....	12
Зыкин А.Г., Громов А.Л.	
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	12
Индиаминова Г.Н., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И.	
ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССОРА И.В. ПОЛЯКОВА	14
Иорданишвили А.К.	
ВЫДАЮЩИЙСЯ ОРГАНИЗАТОР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ	16
Иорданишвили А.К.	
ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НОСА ПОСЛЕ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ И ИХ УСТРАНЕНИЕ	19
Иорданишвили А.К.	
К ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ ОРТОДОНТИИ В РОССИИ	21
Иорданишвили А.К.	
МАНЭБ И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ	22
Иорданишвили А.К.	
МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ЛИЦА	23
Иорданишвили А.К., Свириденко А.Д.	
ОПЫТ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОФОКУСНОГО РЕНТГЕНОВСКОГО АППАРАТА ПАРДУС-Р	24
Кабисов Д.И., Гребнев Г.А., Железняк И.С.	
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕДУРЫ ФТОРИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ, С УЧЕТОМ АНАЛИЗА СТЕПЕНИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ УЧАСТКОВ ГИПОПЛАЗИИ	25
Карпова Л.С., Васильева А.М., Ткаченко Т.Б., Савушкина Н.А.	
ПЕПТИДНЫЕ РЕГУЛЯТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ	26
Керимханов К.А.	
РАЗБОР СОСТАВОВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА: ПОТЕНЦИАЛЬНО АЛЛЕРГЕННЫЕ ТРАВЫ.....	27
Киба К.А., Мусина Ю.В., Онищенко Л.Ф.	
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	27
Кячина Т.А., Толстых О.Г., Окунева К.К.	
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ СЛУХА И ЗРЕНИЯ	28
Лунова Ю.А., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.	

ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ – ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ.....	29
Лулева Ю.А., Солдатова Л.Н., Федорова А.В.	
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ, ПРИ НАРУШЕНИИ ПАЦИЕНТОМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА.....	30
Максимчук Н.А., Виноградова Е.С.	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСВЕРЗАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА.....	31
Малахова Н.Е.	
ИЗУЧЕНИЕ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИДРОФИЛЬНОСТИ СИЦ НА ПУЛЬПУ ЗУБА.....	33
Маслов В.В., Маслова Т.В., Кардашенко Я.Р.	
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА.....	34
Маслов М.В., Маслова Т.В.	
ОЦЕНКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ.....	35
Маслов М.В., Маслова Т.В.	
ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ.....	36
Медведева А.В., Ткаченко Т.Б.	
МОРФОЛОГИЯ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПЛОДА ПРИ ТОКСИКОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ.....	37
Морозов С., Решетникова О.	
ВЫБОР МАТЕРИАЛА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КУЛЬТЫ РАЗРУШЕННОГО ЗУБА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	38
Осипова В.А., Маслова Т.В.	
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ 3D-МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	39
Осипова И.И., Косач С.А.	
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	40
Попова Е.И.	
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА AQUASPLINT ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИСТИННОГО ПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПОДРОСТКОВ.....	41
Прохорова В.В., Солдатова Л.Н.	
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	43
Ратникова А.А., Шевелева Н.Ю.	
ИННОВАЦИОННОЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА И ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ.....	44
Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.	
УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП О ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА.....	45
Тегза Н.В., Швецов М.М., Добрякова Т.В.	
МЕТОДИКА ВНУТРИРОТОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА.....	46
Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В., Косач С.А.	
ГЕОМЕТРИЯ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ В ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ.....	48
Фадеев Р.А., Тимченко В.В.	
ПРИМЕНЕНИЕ БЕЗЫГОЛЬНЫХ ИНЪЕКТОРОВ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	48
Фархуллин А.И., Аколян А.А.	
СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ФОРМОЙ АРТРОГРИПОЗА.....	49
Фархуллина А.С., Фархуллин А.И.	
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	50
Федорова А.В., Солдатова Л.Н., Лулева Ю.А.	
СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ, КАЧЕСТВЕННЫЙ СБОР АНАМНЕЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА И АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.....	51
Хади Н.А., Голубева К.А.	
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА.....	52
Хапов А.А., Галкина Д.А.	
ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИНИПЛАСТИН В КАЧЕСТВЕ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРНОЙ СИСТЕМЫ.....	52
Цыплакова Т.В., Солдатова Л.Н.	
АНАЛИЗ УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У ПЕДАГОГОВ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА.....	53
Шевелева Н.Ю., Гулиева А.Ю.	
«РЕНТГЕНЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ».....	54
Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В., Маркеева Е.С., Крупинин О.С.	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	56

РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА ФОНЕ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ И НАПРЯЖЕНИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Артеменко Ю.Н., Мартынова Е.Ю.

ФГБОУ ВО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Воспалительные заболевания пародонта по-прежнему остаются актуальной проблемой современной стоматологии, несмотря на появление новых методов и средств лечения и профилактики. Важной задачей являются профилактические мероприятия в молодом возрасте. Для молодых людей, студентов, учеба является основным видом деятельности, что сопряжено с постоянными нагрузками, хроническим эмоциональным напряжением, нерегулярным питанием. В процессе адаптации к обучению, на фоне эмоционального стресса, эти факторы могут привести к изменению состава и свойств ротовой жидкости, прогрессивному развитию стоматологических заболеваний. **Целью** настоящей работы явилось установление взаимосвязи между изменением биохимических показателей ротовой жидкости и стоматологического статуса студентов в состоянии относительного эмоционального покоя и напряжения для разработки способов прогнозирования развития воспалительных заболеваний пародонта.

Материалом для исследования служила ротовая жидкость 112 студентов с катаральным гингивитом легкой степени в возрасте 18–20 лет, полученная методом сплевывания в стеклянные пробирки утром натощак, которая сразу после забора подвергалась биохимическому исследованию. Собранная ротовая жидкость использовалась для исследования параметров минерального обмена (неорганического фосфата, кальция), углеводного обмена (глюкозы, α -амилазы, лактатдегидрогеназы, лактата), рН, общего белка, щелочной фосфатазы. Исследования, проведенные в семестре на I и II курсе, рассматриваются нами как модель относительного эмоционального покоя, а проведенные в сессию, как модель эмоционального напряжения.

Результаты. Было выявлено снижение уровня фосфата на всех этапах исследования, повышение уровня лактата в сессию по сравнению со значениями в контрольных группах, в семестре на I, II курсе и в сессию нарастает активность фермента ЛДГ. Отмечено повышение α -амилазы в сессию. При гингивите в ротовой жидкости прослеживается достоверное повышение активности фермента щелочной фосфатазы на всех этапах исследования. Содержание общего белка увеличивается при исследовании в семестре на II курсе и в сессию.

Выводы. Величины таких показателей, как лактата, ЛДГ, α -амилазы, щелочной фосфатазы, общего белка при гингивите повышаются, при этом наибольшие значения показателей отмечены в состоянии эмоционального напряжения. Содержание кальция, глюкозы и показатель рН ротовой жидкости не являются информативными параметрами и не могут быть использованы как биохимические маркеры катарального гингивита. Таким образом, анализ молекулярных механизмов патогенеза катарального гингивита позволил выявить биохимические критерии ранней диагностики и выработать индивидуальные рекомендации по профилактике и оптимизации лечения гингивита на ранней стадии.

ОПЫТ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРОДУКЦИИ

Беделов Н.Н.

ООО «МедИс», Санкт-Петербург, Россия

Гигиеническое воспитание, состоящее из пропаганды здорового образа жизни и обучения методам гигиены полости рта, является важным мероприятием по первичной профилактике стоматологических

заболеваний у детей. В то же время реализация гигиенического воспитания у детей сложна. Из-за этого, до настоящего времени, имеются практические сложности в проведении ухода за полостью рта детям из-за имеющейся специфики.

Изучено состояние органов и тканей полости рта у детей в возрасте от 7 до 11 лет, которым предлагались отечественные средства и предметы ухода за полостью рта. В клиническом исследовании были использованы зубные щетки и средства по уходу за полостью рта, а именно зубные пасты линейки Junior фирмы R.O.C.S. (Россия): «Ягодный микс», «Фруктовая радуга» и «Шоколад и карамель». Эти зубные пасты по аннотационной характеристике производителя имеют идентичные лечебно-профилактические свойства, предназначены для детей 6–12 лет, но отличаются по внешнему виду и вкусу.

В ходе исследования было показано, что регулярное двухразовое применение при индивидуальной гигиене полости рта у детей зубной пасты из линейки Junior фирмы R.O.C.S. (Россия) обеспечивается гигиеническое состояние полости рта на хорошем уровне, а также купируются имеющиеся воспаления десны.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ МУДРОСТИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Василченко Г.А., Иорданишвили А.К.

ООО «Белый зуб», ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

Патология зубов мудрости является актуальной проблемой стоматологии детского возраста.

Цель работы состояла в изучении осложнений связанных с операцией по удалению зубов мудрости и совершенствовании инструментария для их удаления.

Были изучены 51176 амбулаторных стоматологических карт, 7904 истории болезни стационарных больных с различными заболеваниями органов и тканей челюстно-лицевой области.

В ходе исследования установили, что в отделения хирургической стоматологии стоматологических поликлиник из общего числа посещений за три года (83254) из-за патологии, обусловленной зубами мудрости, было посещений 3913, что составило 4,70% случаев. При этом в плановом порядке для удаления зубов мудрости пациентами было сделано 812 (20,75%) посещений, а по неотложным показаниям – 3101, что составило 79,25% случаев. Следует отметить, что среди пациентов поликлиник с указанной патологией мужчин было в два раза больше, чем женщин. Причем это были пациенты преимущественно юношеского, 1-го и 2-го зрелого возраста, как среди мужчин, так и среди женщин. Плановые операции (удаления третьего моляра) проводились по ортодонтическим показаниям (79% случаев), а также по поводу хронического периодонтита (15,5%), фолликулярной кисты (4,6%) и в связи с имеющимися у пациентов неврологическими нарушениями (0,9% случаев). Операции удаления третьего моляра по неотложным показаниям проводились, как правило, в связи с обострением хронического периодонтита (48,4%), перикоронарита (41%), острого гнойного периостита (7%), а также нагноившейся кисты (1,7%), острого ограниченного остеомиелита челюсти (1,5%), а также пародонтита (0,35% случаев) или абсцесса слизисто-надкостничного «капюшона» (0,01%).

Среди осложненных операций удаления третьего моляра челюстей, выполненных в поликлинических условиях, чаще были отмечены альвеолиты (35% случаев), луночковые кровотечения (15% случаев), реже – незавершенное удаление (15% случаев) и травматический неврит (9% случаев). Среди находившихся на стационарном лечении по поводу патологии челюстно-лицевой области, обусловленной затрудненным прорезыванием зубов мудрости, было в два раза больше мужчин, чем женщин. Это были пациенты преимущественно юношеского, 1-го и 2-го зрелого возраста, как среди мужчин, так и сре-

ди женщин. Для проведения плановых операций в стационар поступило 41,32% пациентов. Наиболее часто выполнялись операции удаления третьих моляров по ортодонтическим показаниям (ретенция, дистопия) – в 64,6% случаев, а также по поводу фолликулярной кисты (17,5% случаев) и хронического периодонтита (14,6% случаев), реже – в связи с наличием у пациентов каких-либо неврологических нарушений (3,3% случаев). В историях болезни более подробно были описаны осложнения операций удаления третьих моляров, а именно альвеолиты (40%), луночковые кровотечения (27%), разрывы слизистой оболочки (20%), травматические невриты (13% случаев).

Причиной поступления пациентов в стационар по неотложным показаниям явились в 70,77% случаев следующие заболевания: перикоронарит (50,2% случаев), острый гнойный периостит челюстей (16,9%), хронический периодонтит в стадии обострения (12,6%), а также острый ограниченный одонтогенный остеомиелит, чаще нижней челюсти (3,75%), острый остеомиелит, осложненный абсцессом челюстно-язычного желобка (5,6%), околочелюстных абсцессами и флегмонами (4,2%), или полифлегмонами (2,5% случаев). В ряде случаев (28,23%) причиной госпитализации пациентов послужили осложнения операции удаления зуба мудрости, проводимой в амбулаторных условиях. Среди таких причин были: незавершенное удаление зуба (59% случаев), тяжело протекающее воспаление лунки удаленного зуба – альвеолит (12,5%), внедрение зуба или его фрагментов в окружающие мягкие ткани (10,2%) или верхнечелюстную пазуху (3,4%), луночковые кровотечения (8%), переломы нижней челюсти (4,5%), а также вывихи второго моляра нижней челюсти (2,3% случаев).

Исходя из изучения анатомических особенностей расположения нижних зубов мудрости было предложено устройство для их удаления, использование которого на амбулаторном стоматологическом приеме снизило количество осложнений после проведения этой операции. Устройство содержит рукоятку, промежуточную часть, рабочую часть, причем рабочая часть имеет ложкообразную форму с заостренным концом и изогнута под углом 110° по отношению к промежуточной части и рукоятке, т.е. оси устройства. Устройство используется следующим образом: хирург держит устройство за рукоятку, затем вводит его в полость рта (при этом рот пациента широко открыт), помещая промежуточную часть устройства между зубным рядом и щекой таким образом, что рукоятка повернута кнаружи, а дистальная половина промежуточной части направлена перпендикулярно боковому участку верхнего зубного ряда. Рабочая часть устройства вводится между коронками второго и третьего моляра челюсти, после чего рукоятка устройства проворачивается на себя на 45°, при этом происходит вывихивание третьего моляра челюсти из его альвеолы. Щека при этом не растягивается. На устройство получен Патент РФ на полезную модель.

АНАЛИЗ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ В ГОРОДЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГ (РОССИЯ)

Гасанов И., Маслов В.В., Маслова Т.В.

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

Актуальность: для оказания высококачественной стоматологической помощи населению стоматологические клиники должны быть обеспечены современным оборудованием и материалами, поступающими на рынок того региона, где оказываются услуги. Знания о тенденции развития рынка стоматологических материалов в Санкт-Петербурге имеют значение для организации современной стоматологической помощи и в конкурентной борьбе за пациентов.

Цель: оценить текущее состояние, объем, темпы роста и перспективы развития рынка пломбирочных материалов в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы: были использованы данные с сайтов доступных государственных источников (ФС государственной статистики (Петростат), ВЭД Российской Федерации, Федеральной таможенной службы РФ, информационной системы закупок РФ, ТН ВЭД РФ, Общероссийского классификатора продукции, МИН.КОМ.Развития, официальные сайты компаний «ТехноДэнт» и «Владмива», Единый портал гос.услуг, Единый портал Федеральной Налоговой Службы РФ, данные ВОЗ) и другие официальные источники.

Результаты: российский рынок стоматологических услуг быстро развивается и постоянно требует современных стоматологических материалов, в связи с этим установлен постоянный незначительный рост увеличения импорта стоматологических материалов и развития собственного производства, до пандемии эта тенденция сохранялась на протяжении нескольких лет, во время пандемии отмечается продолжение тенденции в ценовом выражении, но при этом уменьшение в товарном виде, что скорее всего связано с геополитическими, эпидемиологическими и экономическими трудностями (трудности перемещения через границы, падение курса рубля). При этом отмечается рост товаров российских производителей и поступления товаров из стран СНГ, Китая, Вьетнама и др., таким образом, рынок сохраняет свою стабильность за счет снижения товаров премиум класса и увеличения товаров среднего и дешевого сегмента. Рынок Санкт-Петербурга имеет тенденцию к развитию за счет высокого спроса и достаточной обеспеченности населения.

Выводы. На рынке стоматологических материалов в г. Санкт-Петербурге установлено следующее: 1. Низкие темпы роста предложения на рынке российских медицинских изделий. 2. Предложение импортных материалов значительно превышает предложения отечественных производителей. 3. В период пандемии рынок сегмента дешевых товаров растет по сравнению с товарами сегмента премиум-класса. 4. Рынок стоматологических услуг г. Санкт-Петербурга имеет высокую тенденцию к дальнейшему развитию.

ВОЗМОЖНОСТИ МУКОГИНГИВАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гольдштейн Е.В.

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

Необходимо отметить, что сегодня значительно увеличилось количество пациентов, проходящих ортодонтическое лечение. В связи с этим увеличилось и количество числа осложнений пародонтологического характера во время и после ортодонтического лечения, что указывает на необходимость совершенствования методов диагностики при планировании и выбора методов хирургических протоколов до, во время или после проведения ортодонтического лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями для избегания осложнений, связанных с потерей зубов, мягких и костной тканей.

Цель исследования: повышение эффективности ортодонтического лечения с учетом состояния пародонта и биотипа слизистой оболочки полости рта на этапах диагностики, проведения лечения и улучшение состояния тканей после ортодонтического лечения.

На качество проводимого лечения влияет степень информативности диагностических данных и их последующего сочетания: клинических методов исследования, ультразвукового сканирования и конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) с проведением хирургических протоколов, улучшающих состояние мягких и костной тканей.

Материал и методы. Обследовано 200 пациентов в возрасте от 19 до 40 лет со скученным положением зубов в центральном отделе верхней и нижней челюстей. Для клинического определения био-

типа десны применяли систему зондов Colorvue Biotype Probe («Hu-Friedy», США) по методу Тестори и Д. Расперини (2015). На основании метрических данных пациенты были разделены на три группы: 100 – с тонким биотипом десны, 50 – со средним биотипом десны, 50 – с толстым биотипом десны. Следующим этапом было сопоставление объема костной ткани в области альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти с состоянием слизистой оболочки в области пародонта и биотипа мягких тканей с клиническим обследованием и конусно-лучевой компьютерной томографии. Результатом диагностических мероприятий явился выбор хирургического протокола с учетом диагностических данных для создания благоприятных условий в проведении ортодонтического лечения и биотипа слизистой оболочки полости рта и лечение осложнений после ортодонтического лечения в области мягких тканей и зубов.

Результаты. В группе пациентов с тонким биотипом десны средняя толщина десны составила $0,68 \pm 0,22$ мм, со смешанным (средним) биотипом $0,78 \pm 0,22$ мм, с толстым биотипом – $1,67 \pm 0,22$ мм. Данные клинических исследований и КЛКТ показали, что у 60% пациентов с тонким биотипом десны выявлялись дефекты костной ткани альвеолярного отростка в виде дегисценции или щелевидного. У 30% были констатированы дефекты, представляющие собой комбинацию фенестрации (окончатый дефект) и дегисценции и у 10% – в виде фенестраций. В группе пациентов с толстым биотипом десны дегисценции наблюдались у 40% пациентов, фенестрации – у 5%. Сопоставлены данные, полученные с помощью пародонтологических зондов. Толщина десны, соответствующая белому зонду, равна менее 0,5 мм, зеленому зонду – 0,6–0,9 мм, синему зонду – 1,0–1,5 мм. Если ни один из зондов не виден сквозь десну – толщина десны более 1,6 мм. В зависимости от биотипа слизистой оболочки альвеолярных отростков и частей предложены различные виды мукогингивальной хирургии костной и мягких тканей для создания толстого биотипа мягких тканей при наличии тонкого биотипа и избегания обнажения корней зубов или закрытия патологического обнажения шеек и корней зубов вследствие ортодонтического лечения. В 80% случаев предпочтение в хирургических протоколах отдается «Тоннельной пластике» с использованием своих тканей со стороны неба или альвеолярного отростка с применением средств, стимулирующих репаративные и регенеративные процессы в пародонте. В 20% клинических протоколов применяли метод «Трапецевидного локута». Но из всех хирургических методик 70% проходят в сочетании собственных тканей самого пациента и использовании современных материалами, стимулирующих репаративные и регенеративные процессы. Наиболее интересными материалами в мукогингивальной хирургии полости рта являются «Эмдогейн» (эмалево-матричный протеин), Ossix plus, Ossix Bone и другие.

Вывод. Комплексное объективное исследование биотипа пародонта и КЛКТ позволяет повысить качество диагностических мероприятий у пациентов с патологией пародонта и зубочелюстными аномалиями и планировать ортодонтическое вмешательство с учетом изменения торка и вектора ортодонтического перемещения индивидуально для каждого зуба, осуществлять ортодонтическое расширение в пределах анатомической ширины альвеолярного отростка и тем самым предупреждать образование рецессий десны, а также провести хирургическое лечение с целью улучшения состояния мягких тканей в области обнаженных корней зубов, полученных вследствие ортодонтического лечения.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТЕРИ ЗУБОВ У ПРИЗЫВНИКОВ

Гук В.А., Кузьмин И.Э.

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

Цель работы: изучить характеристику потери зубов у призывников.

Материал и методы исследования. Для реализации цели исследования изучены характеристики потери зубов у 215 военнослужащих призывного возраста. Используются общепринятые стоматологические инструменты для осмотра зубов и полости рта.

Результаты исследования. Среди всех обследуемых военнослужащих (215 чел.) у 202 из них (93,95%) утраты естественных зубов не выявлено. У 13 (6,05%) человек выявлена частичная утрата зубов. Протяженность дефекта зубного ряда составила не более одного зуба.

Вывод. В подавляющем большинстве случаев (94%) утраты естественных зубов у людей призывного возраста не наблюдается.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ПОКАЗАНИЯ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ

Зуйкова М.А., Щербина Н.Ю.

ООО «Газпром», ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

Аномалии развития слизистой оболочки полости рта (СОПР) являются наиболее частыми врожденными пороками развития и могут встречаться изолированно или являться симптомом врожденного синдрома (рото-лице-пальцевой, множественные тяжи слизистой в области верхнего и нижнего свода преддверия полости рта).

Наиболее часто из аномалий СОПР представляет уздечка языка, как тяж слизистой оболочки, вершина которого расположена на нижней поверхности языка по средней линии, далее переходящий на дно полости рта и располагающийся между устьями выводных протоков слюнных желез. Уздечка языка определяется как короткая, если ее вершина прикреплена в передней трети языка или близко к его кончику. При такой уздечке ее основание располагается, как правило, близко к вершине альвеолярного отростка, часто образуя здесь дополнительные тяжи слизистой в виде «гусиной лапки».

В редких случаях уздечка языка практически отсутствует, и кончик языка оказывается прикрепленным к вершине альвеолярного отростка. Такое состояние обозначается как анкилоглоссия. Учитывая, что короткая уздечка языка может вызывать ряд функциональных и анатомических нарушений, разработаны показания к их хирургическому лечению.

Жизненные показания определяются неонатологом или педиатром в случае нарушения функции сосания. Показанием к хирургическому лечению является отставание в наборе веса ребенком. Операция – рассечение уздечки языка. Возраст: 0–3 месяца.

Логопедические определяются логопедом при нарушении произношения ряда звуков после безуспешно проведенного курса логотерапии. Оптимальный возраст: 4–5 лет.

Ортодонтические показания определяются ортодонтом при следующих аномалиях: нарушение положения нижних центральных резцов, скученность фронтальных зубов нижней челюсти, язычный наклон нижних центральных резцов, глубокая резцовая окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия, нарушение фиксации ортодонтических аппаратов. Оптимальный возраст: **8–10 лет.**

Пародонтологические показания: локальный пародонтит в области фронтальных зубов нижней челюсти, локальная рецессия десны в области нижних центральных резцов с язычной стороны. Оптимальный возраст: по индивидуальным показаниям.

Лечение указанной аномалии предусматривает пластику уздечки языка (иссечение уздечки языка), которая выполняется под местной (инфильтрационной анестезией).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ АТРАВМАТИЧНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ШАБЛОНА-РЕКТРАКТОРА ДОКТОРА ЗЫКИНА

Зыкин А.Г.

Детское отделение СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №9», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования: в современной челюстно-лицевой хирургии используется большое количество хирургических инструментов, предназначенных для проведения различных хирургических вмешательств. Совершенствование хирургических инструментов, а вместе с ним методов оперативного лечения, связано с развитием медицины и научно-технического прогресса. При выборе инструментов необходимо учитывать их преимущества и недостатки. Многие врачи при выборе инструментов ориентируются на их удобство в работе. Очень важно, чтобы инструменты не выскальзывали из рук, не причиняли какие-либо неудобства врачу и повышали качество проводимого вмешательства. Минимальный травматизм при удалении боковой группы зубов с целью сохранения вертикального и горизонтального объема и контура кости для выполнения успешной имплантации, делает данное исследование актуальным.

Цель работы: сравнить клиническую эффективность предлагаемого авторского изобретения со стандартным набором инструментов при оперативных вмешательствах в практике детской стоматологии.

Материалы и методы: в клиническом исследовании опытной модели принимало участие 30 больных с осложненными формами кариеса молочных и постоянных зубов, находившихся на амбулаторном хирургическом лечении и в динамике наблюдаемые на детском стоматологическом отделении СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №9» в 2019 году, которые были разделены на две группы. Первая группа основная (n = 15) получала лечение в виде атравматичного удаления моляров верхней и нижней челюсти с применением шаблона-ретрактора Зыкина, турбинного наконечника с алмазным бором или хирургической фрезой и элеватора. Шаблон-ретрактор Зыкина был изготовлен на АО «ГОЗ Обуховский завод» (Россия), вторая группа – контрольная (n = 15), получала лечение в виде классического удаления с использованием стандартного набора инструментов (гладилки, щипцов, элеваторов).

Результаты исследований: сравнивали между собой контрольную и основную группу по времени, эргономике и конечному результату лечения. Полученные данные собирались и анализировались на основании листа наблюдений, который заполнялся на каждого пациента в электронной таблице Microsoft®Excel 2003. С помощью анализа листов наблюдения определили, что время, потраченное на удаление с помощью стандартного инструмента в основной группе меньше, чем в контрольной группе. Показатели эргономики в основной выше, чем в контрольной. Конечный результат лечения в основной группе лучше, чем в контрольной.

Выводы:

1. Проведенное опытное исследование выявило эффективность шаблона-ретрактора Зыкина относительно стандартных инструментов.

2. Так как данное опытное исследование несло объективный характер одного доктора и использовался на малом количестве пациентов. Рекомендуется увеличить количество пациентов и внедрить данный инструмент, в практику других докторов, используя анкетный способ для максимальной оценки эффективности предлагаемого инструмента. Ввиду того, что эргономика – это субъективная характеристика, она не позволяет сделать окончательный вывод о положительном влиянии на эффективность оперативного вмешательства данного инструмента.

В целом, данная тема нуждается в дальнейшем изучении и масштабной апробации.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОДОНТОГЕННОГО СЕПСИСА В УСЛОВИЯХ КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ С ПОМОЩЬЮ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ШКАЛ APACHE-2, SOFA, SAPS-2, SIRS (КГМУ, ВГМА)

Зыкин А.Г., Громов А.Л.

*Детское отделение СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №9», Санкт-Петербург;
Отделение челюстно-лицевой хирургии ГМУ «Курская областная клиническая больница», Курск,
Россия*

Введение. В настоящее время сохраняются трудности ранней диагностики прогрессирующих одонтогенных воспалительных процессов, сохраняется высокий уровень летальности пациентов с одонтогенным сепсисом.

Цель. Сравнительное исследование прогностических возможностей различных интегральных шкал.

Материалы и методы. Выполнен анализ архивного материала отделения ЧЛХ КОКБ, включающего 178 пациентов с прогрессирующей одонтогенной инфекцией, с целью определения прогностических возможностей выбранных интегральных шкал.

Результаты. Интегральные шкалы SOFA, разработка кафедр КГМУ и ВГМА, а также критерии ACCP/SCCM позволяют в ранние сроки объективизировать состояние больных.

Вывод. Данная проблема требует дальнейшего изучения и разработки новых диагностических программ.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Индиаминова Г.Н., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И.

СамГМУ, Самарканд, Узбекистан

Сегодня кариес и заболевания пародонта остаются наиболее распространенным заболеванием зубов не только среди взрослых, но и среди более молодых слоев населения во всем мире. Согласно недавним эпидемиологическим исследованиям, проведенным на здоровых детях, заболеваемость зубной патологией высока, причем распространенность кариеса среди здоровых возрастных групп 12–15 лет составляет 63,3–83 года, 4% и 81,7–88,7%, интенсивность 3,02–3,75 и 4,6–5,73, а распространенность заболеваний тканей пародонта в группе здоровых 12-летних детей колебалась от 37,8 до 50%, в 15-летней группе детей она колебалась от 57,7 до 84,7%. Распространенность кариеса также высока у детей с умственной отсталостью дошкольного и школьного возраста, в то время как интенсивность кариеса выше у детей в возрасте 13–18 лет с легкой умственной отсталостью (ЛУО). Эти показатели увеличиваются с возрастом и зависят от тяжести основного заболевания.

Цель исследования: повышение эффективности оказания лечебно-профилактической стоматологической помощи детям с умственной отсталостью на основе внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний с учетом их ограниченных возможностей в области Самарканда.

Материал и методы исследования. Данное исследование проводится в специализированной школе-интернате № 62 для детей с задержкой психического развития, расположенных на территории

города Самарканда, в том числе между 6, 9 и 12-летние воспитанниками интернатов. В зависимости от возраста, пола, режима питания, типа основных неврологических заболеваний, наличия синдрома Дауна и степени социализации детей, принятых в рамках исследования, планируется изучить гигиеническое состояние, применяемую в течение определенного периода времени специальную программу, направленную на профилактику стоматологических заболеваний, определить уровень их эффективности. В группах 6, 12 и 15-летних детей распределение осуществилось следующим образом: к подгруппе 1 (социализированные дети + условно свободное питание) было отнесено 15, 20 и 25 детей 6, 12 и 15 лет соответственно; к подгруппе 2 (несоциализированные дети + регламентированное питание) – 15, 30 и 25 детей 6, 12 и 15 лет соответственно.

Результаты: программа профилактики включала обучение детей гигиене рта и санитарно-просветительскую работу с персоналом учреждения и родителями некоторых воспитанников, которые посещали интернат. Также проводились индивидуальные методы профилактики: профессиональная гигиена, нанесение на зубы фторид содержащего лака, герметизация фиссур. Эффективность внедренной адаптированной программы профилактики, которая учитывает медико-психолого-педагогические характеристики детей, оценивали по индексу гигиены (ИГР -У) и состоянию тканей пародонта (индекс РМА) исходно, через 1, 2, 3 года после начала обучения. Данные, полученные у 9 и 12-летних детей, до внедрения программы послужили внутренним контролем для групп детей, вступивших в программу профилактики в возрасте 6–8 и 9–11 лет. При этом группа 9-летних детей является группой сравнения для остальных групп 9-летних и становится основной через три года по достижении этими детьми 12-летнего возраста. Для детей, вступивших в программу профилактики в возрасте 12 лет, 15-летние, ранее обследованные дети, послужили группой контроля. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у умственно отсталых детей зависела от социализации, определяющей образ жизни и режим питания, а также от наличия синдрома Дауна. Заболеваемость кариесом зубов у умственно отсталых детей, проживающих в детских домах-интернатах, зависит от их социализации, обуславливающей некоторые особенности образа жизни и питания. Группу риска составляют социализированные дети без синдрома Дауна: распространенность кариеса составила 31,0, 62,0 и 83,0% при интенсивности 0 [0; 1,17], 2 [0; 4], 4 [3; 5] у 6, 12, 15-летних детей соответственно. У несоциализированных детей без синдрома Дауна распространенность кариеса была низкой – 0, 18,0 и 22,5% у 6, 12 и 15-летних детей соответственно, а у детей с синдромом Дауна кариеса зубов не было. У социализированных детей преобладал гингивит легкой степени (55, 50 и 50% среди 6, 12 и 15-летних детей соответственно), у несоциализированных – гингивит средней (47,1 и 41,6% у 6 и 15-летних детей соответственно) и тяжелой степени (38,6% у 12-летних). 45 [26; 67,5]. Неспособность к самостоятельному полноценному уходу за ртом делает эту группу детей особо уязвимой в отношении заболеваний пародонта.

Выводы: дифференцированный подход к обучению гигиене рта, основанный на возможностях формирования у умственно отсталых детей навыков самообслуживания с учетом их психических и физических возможностей, позволяет значительно улучшить гигиену рта и состояние тканей пародонта. В I группе обучения отмечено снижение индекса РМА с 15% [0; 25,6] до 0% [0; 2,6], во II группе – с 14% [0; 29] до 0% [0; 4], в III группе с 35% [15,1; 64,5] до 6% [0; 11]. Распространенность детей со здоровым пародонтом возросла с 19 до 56,5%.

За три года реализации программы профилактики редукция прироста индекса гигиены составила 71,0% в I группе обучения (самостоятельный уход и контроль персонала), 65,7% во II группе обучения (самостоятельный уход и помощь персонала) и 70,0% в III группе (уход персонала). У 9, 12 и 15-летних социализированных детей распространенность кариеса через три года составила 13,5, 43,4 и 63% при интенсивности 0 [0; 0], 0,5 [0; 4], 3 [0; 4,5] соответственно, что ниже группы контроля (42,9, 60 и 76% при интенсивности 0 [0; 3,25], 3 [0; 4,5], 4 [1,5; 5] соответственно).

ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССОРА

И.В. ПОЛЯКОВА

Иорданишвили А.К.

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

И.В. Поляков родился 23 мая 1938 г. в г. Севастополе, в семье медицинской сестры и морского офицера. Это, очевидно, определило его мировоззрение и дальнейшую профессиональную деятельность, так как после средней школы сразу поступил в институт и, окончив 1-й Ленинградский Ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт имени академика И.П. Павлова по специальности лечебное дело, стал врачом (вначале невропатологом), много внимания уделил медицинской подготовке советских и российских моряков, так как был избран начальником первой кафедры морской медицины теперь уже Государственного университета морского и речного флота им. адмирала С.О. Макарова. Только по вопросам морской медицины им было опубликовано более 25 пособий, 4 монографий и 50 научных работ, а также создана первая программа и тематический план обучения моряков основам медицинских знаний. Стараясь в 2000-х гг. сохранить медицинскую помощь на флоте, И.В. Поляков принял активное участие в разработке программы модернизации морской медицины. Этот его труд был оценен медалями им. Ушакова и «300 лет Балтийского флота» «300 лет Российского флота».

И.В. Поляков ребенком перенес все тяготы и лечения советского народа в Великой Отечественной войне и никогда не чурался общества. Будучи студентом, участвовал в сборе урожая зерна на целине, за что был награжден знаком Всесоюзного Ленинского Коммунистического Союза Молодежи (ВЛКСМ) «За освоение целинных земель».

Его аспирантура прошла на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения под руководством его учителя – профессора Соломона Яковлевича Фрейдлина, которого он чтит всю свою жизнь и ценил пройденную под его руководством школу.

Профессор И.В. Поляков работал в разных направлениях по развитию нашего и зарубежного здравоохранения. Его разработки и предложения оказали существенное влияние на формирование здравоохранения в нашей стране (СССР, затем в России). Именно И.В. Поляковым была предложена методика зонирования мегаполисов и крупных городов, что использовалось при организации и планировании медицинской помощи. Предложенная им методика организации всеобщей диспансеризации населения страны была удостоена серебряной медали Выставки достижений народного хозяйства (ВДНХ) страны. И.В. Поляков также предложил систему паллиативной помощи, придавал большую важность математико-экономическому анализу и логистике в здравоохранении, обозначил пути перехода к системе медицинского страхования, явился создателем института контроля качества медицинской помощи (внутренний контроль качества), теории «демографических переходов» и др. Профессор И.В. Поляков был известным специалистом по вопросам демографии, а также экспертом Правительства РФ по вопросам демографии. При его непосредственном участии реализована международная программа по борьбе с наркотиками на транспортном флоте и среди курсантов.

Профессор И.В. Поляков работал не только в России и для России, его ценили за рубежом. Он работал в Германии и был удостоен почетным знаком правительства Германии «За заслуги в области образования». Работая в Японии, Испании, Китае, Корее, он читал лекции, будучи экспертом, Панамериканское бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Именно он, работая на Кубе, разработал проект слияния семейной и промышленной медицины, на которой зиждется современная медицина Республики Кубы. Не игнорировал профессор И.В. Поляков объявленные и необъявленные «горячие» точки. Несколько раз был на Кавказе, много интересных и показательных примеров привозил из командировок.

В 2007 г. под его научным руководством была создана программа медико-психологической и социальной реабилитации пострадавших от преступлений на почве расовой, этнической и религиозной нетерпимости. Отмечу, что до сих пор подобных аналогов нет в мире. И.В. Поляков много внимания уделял правовым и юридическим вопросам организации медицинской помощи, сестринскому делу, был руководителем медицинского обеспечения операторов Центра управления полетами на Байконуре, за этот труд изложенных в ряде научных публикаций он был награжден медалями им. Ю. Гагарина и К. Циолковского. Одним из своих достижений профессор И.В. Поляков считал сохранение сельской участковой больницы на вепсской возвышенности (до начала «модернизации» здравоохранения). Профессор И.В. Поляков явился основателем факультета высшего сестринского образования (совместно с профессором Виктором Александровичем Лапотниковым), созданные им программы для подготовки менеджеров сестринского дела (управленческие дисциплины), явились в нашей стране базовыми и были утверждены МЗ РФ.

Он написал много трудов. Его учебники, в том числе по медицинской статистике, зарубежному здравоохранению, а также монографии, в том числе по здравоохранению крупного социалистического города, являлись лучшими. Подчеркнем, что в своих научных трудах И.В. Поляков дал научно-обоснованные прогнозы по динамике демографии и здоровью населения Санкт-Петербурга до 2020 г., а также прослежена динамика здоровья населения Санкт-Петербурга с 1703 г. и его прогноз до наших дней.

Он любил своих учеников и студентов, сам ведем студенческим научным обществом (СНО), блестяще и интересно читал лекции, подготовил 10 докторов и 40 кандидатов наук. Привлекал студентов, интернов и клинических ординаторов к написанию научных статей. Учил учеников «быть менеджерами», видел полезный смысл их работы, формировал в каждом ученике профессиональную личность. Отзывы его учеников, особенно кандидата медицинских наук Светланы Калининой, говорят сами за себя.



Рис. Профессор И.В. Поляков и его могила на Богословском кладбище г. Санкт-Петербурга

4 июня 2010 г. профессор И.В. Поляков закончил свой жизненный путь и 7.07.2010 г. был похоронен на Богословском кладбище г. Санкт-Петербурга. Но дело, начатое им, живет. Тому подтверждением являются ежегодно проводимые научно-практические конференции с международным участием «Реформы здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития». Проведенная в 2019 г. конференция является уже шестой. Все эти конференции заслуженно посвящены памяти академика МАНЭБ профессора И.В. Полякова. Надеемся, что память о И.В. Полякове – это символ преданности добру, состраданию, профессионализму, делу охраны окружающей среды, здоровья детей и взрослого населения России, будет сохраняться медицинским сообществом врачей долгие годы.

ВЫДАЮЩИЙСЯ ОРГАНИЗАТОР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

Иорданишвили А.К.

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

Ни у кого не вызывает сомнений, что поистине выдающийся деятель отечественной медицины, стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук, доцент Захар Борисович Пирятинский (18.03.1879 – 12.03.1949) по праву является одним из талантливых педагогов, организаторов стоматологической помощи и стоматологического образования в России, профессиональная деятельность которого непосредственно многие годы была связана с Санкт-Петербургом – Петроградом – Ленинградом (рис. 1).

Под руководством и при непосредственном участии З.Б. Пирятинского в Санкт-Петербурге (Петрограде, Ленинграде) было открыто Одонтологическое общество (1908), первая государственная зубопротезная лаборатория при Дворце Труда, Институт общественного зубоочувствования (1918), зубоочувствования лаборатория в центре Ленинграда (1924), которая была реорганизована в Центральную зубоочувствования поликлинику (1925, Невский пр. 46), а затем в Научно-практический стоматологический институт (1927), а в последствии – Ленинградский стоматологический институт (1931–1954 гг., высшее учебное медицинское заведение), которые он и возглавлял.

З.Б. Пирятинский начал работать дантистом с 22 лет в Петербурге, т.е. 1901 г. В годы первой мировой войны он помогал по вопросам организации зубоочувствования помощи в войсках и на флотах, сам трудился в качестве челюстно-лицевого хирурга и стоматолога в специальных госпиталях для раненых в челюсть. З.Б. Пирятинский также оказывал помощь раненым в боях у озера Хасан и у реки Халхин-Гол, а также советско-финляндской (зимней) войне 1939–1940 гг. Большой вклад внес З.Б. Пирятинский в развитие стоматологического материаловедения. Под его руководством было организовано производство искусственных фарфоровых зубов, а также других инструментов и материалов (зубоочувствования цемента) для стоматологии (тогда зубоочувствования), вначале на заводе им. М.В. Ломоносова (г. Ленинград), а затем в этом же городе на специальном заводе зубоочувствования материалов. Отметим что до этого момента все стоматологическое оборудование, инструменты и материалы, в том числе искусственные зубы, были импортными.



Рис. 1. Захар (Захарий) Борисович Пирятинский

Следует подчеркнуть, что с момента создания Одонтологического общества в Петербурге З.Б. Пирятинский стал заниматься научной работой, поддерживал самые теплые дружеские и профессиональные отношения с Д.А. Энтиным, Я.Э. Бронштейном, М.К. Гейкиным и другими коллегами, работающими в военном и практическом здравоохранении страны. Подобранные и подготовленные им педагогические кадры для указанных институтов (рис. 2) также активно занимались не только педагогической (подготовка и переподготовка зубоочувствования кадров), но и научной работой, что позволило Науч-

но-практическому стоматологическому институту, а в последствии и Ленинградскому стоматологическому институту занять одно из ведущих мест в СССР в области зубопротезирования.

На протяжении всей жизни с момента создания в Петербурге Одонтологического общества З.Б. Пирятинский являлся бессменным членом его правления, а за год до смерти был избран почетным его членом, тогда уже Ленинградского научно-медицинского общества стоматологов (1948). Он активно участвовал в пропаганде здорового образа жизни. Так, Ленинградским домом санитарной культуры в 1936 г. для пациентов была издана памятка «Следите за своими зубами» (Л.: ЛенДСК, 1936. – 13 с.).



Рис. 2. Педагоги Ленинградского стоматологического института: З.Б. Пирятинский (в центре), Давид Абрамович Энтин (слева от него), Азарий Яковлевич Катц (справа за З.Б. Пирятинским).

Во время Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Стоматологический институт Наркомздрава РСФСР, вместе с 1-м, 2-м Ленинградскими медицинскими институтами, а также Ленинградским педиатрическим медицинским институтом и Воронежским стоматологическим институтом, был эвакуирован Красноярск (08.04.1942 г.), а его реэвакуация состоялась лишь после снятия блокады Ленинграда – в июне 1944 г. вначале как стоматологический факультет 2-го Ленинградского медицинского института, а в 1945 г. – вернулся к своему довоенному статусу. З.Б. Пирятинский оказывал помощь раненым, как в блокадном Ленинграде, так и в Красноярске. Отметим, что медицинский институт в Красноярске был создан 21.11.1942 г., поэтому З.Б. Пирятинского называют также создателем этого института. Во время работы в эвакуации, практически все вузы работали совместно, а стоматологический институт, эвакуированный из Ленинграда, явился основой стоматологического факультета ранее эвакуированного в Красноярск 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова Наркомздрава СССР, деканом стоматологического факультета и исполняющим обязанности заведующего кафедрой ортопедической стоматологии являлся некоторое время З.Б. Пирятинский (в 1944 г. его, на должности зав. кафедрой, сменил доцент А.К. Недеггин, согласно приказу исполняющего обязанности директора Красноярского медицинского института профессора М.Г. Привеса, известного как выдающегося анатома XX века, а затем, в этом же году, был ликвидирован стоматологический факультет).

З.Б. Пирятинский лишь 6 дней не дожил до своего 70-летнего юбилея, к которому готовилась вся активная стоматологическая общественность страны. Надо отметить, что его супруга – доктор Фаина Исаевна Пирятинская, также не дожила неделю до своего дня рождения. Нам удалось найти их могилы, которые расположены рядом на Старом еврейском кладбище в Санкт-Петербурге (рис. 3, 4). Неприятные моменты того времени не обошли и семью Пирятинских, в момент поминания Захара Борисовича к ним пришли люди, работавшие в НКВД. Таким образом, уход из жизни видного стоматолога спас его, наверно, от ареста. Очевидно, это было связано с активной общественной деятельностью З.Б. Пирятин-

ского, который дважды избирался депутатом Ленинградского городского совета народных депутатов, активно участвовал в партийной работе не только возглавляемого им института, но и города.



Рис. 3. Могила З.Б. Пирятинского, август 2020 года

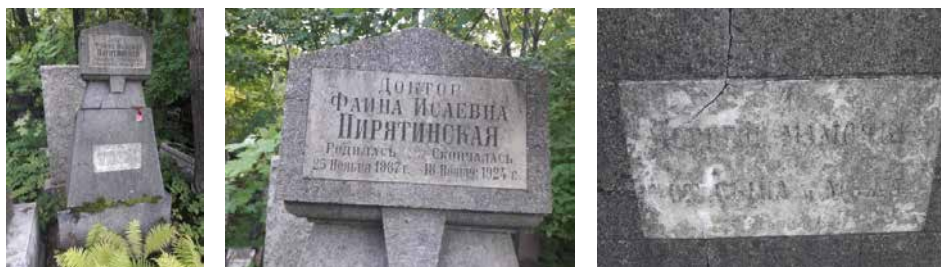


Рис. 4. Могила Ф.И. Пирятинской, август 2020 года

По рассказам его учеников и современников, З.Б. Пирятинский был хорошим психологом, отличался внимательным, даже чутким отношением к пациентам, многие из которых становились его друзьями. По воспоминаниям В.П. Забелина и профессора Я.М. Збаржа, он мог получить слепок у пациента (без одонтопрепарирования), которому срочно нужны зубные протезы, позвать молодого врача, которого представить, как весьма опытного клинициста с хорошими мануальными навыками, поручить ему пациента и передать молодому врачу слепок. После того, как пациент уходил, зная дату следующего посещения, молодой врач спрашивал З.Б. Пирятинского: «Как же делать коронки, если зубы не обработаны?» и получал ответ мэтра: «Выброси слепок, придет второй раз, обработаешь зубы и снимешь новый слепок». При этом пациенты уходили от З.Б. Пирятинского довольные тем, что им зубопротезная помощь была оказана быстро и сразу начато зубное протезирование.

В заключении надо сказать, что З.Б. Пирятинский полностью реализовал свою мечту – создал квалифицированную стоматологическую помощь и сделал ее достоянием широких масс трудящихся (частно практикующая зубоврачебная помощь прекратила свое существование в СССР в 1922 г.). Именно это и послужило пусковым моментом для новой системы стоматологической помощи, а именно создания сети зубоврачебных учреждений, а также способствовал развитию стоматологии как самостоятельной медицинской дисциплины и создал материально-техническую и правовую базу для подготовки зубоврачебных кадров, а в последствие специалистов-стоматологов с высшим медицинским образованием. Будучи одним из основоположников отечественной стоматологии, а также школы врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, он по праву является одним их патриархов отечественного здравоохранения.

ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НОСА ПОСЛЕ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ И ИХ УСТРАНЕНИЕ

Иорданишвили А.К.

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

Незаращения верхней губы и неба являются самым распространенным пороком развития человека и составляют от 9 до 29% всех врожденных аномалий, требующих неоднократной помощи со стороны врачей разных специальностей. Даже при получении хороших непосредственных результатов лечения, с возрастом у большинства пациентов вновь возникают различные деформации губы и носа.

Большое клиническое исследование в этом направлении было проведено Азой Петровной Агроскиной (1967) на базе клиники челюстно-лицевой хирургии и стоматологии под руководством профессора М.В. Мухина. А.П. Агроскина, после ухода на пенсию в начале XXI века уехала на постоянное место жительства в США (Силиконовая долина), где часто общалась с профессором Л.Р. Баллоном. Там она закончила свой жизненный путь. Однако ее научный труд, посвященный устранению деформаций верхней губы и носа после хейлопластики, до сих пор актуален. Она показала, что деформации верхней губы и носа после операции по поводу врожденной расщелины верхней губы встречаются у 70–80% пациентов, а их возникновение зависит не только от использованной методики и техники «первичной» операции и течения послеоперационного периода, но и от порока развития тканей на стороне деформации. Она показала, что деформации верхней губы и носа после хейлопластики характеризуются нарушением формы верхней губы и носа и часто сопровождаются функциональными нарушениями, нарушают гармонию черт лица и отрицательно влияют на психику пациента. Поэтому в задачу хирургического лечения таких пациентов входило не только восстановление формы, но и функции верхней губы и носа.



Рис. Кандидат медицинских наук Аза Петровна Агроскина

В основу хирургического устранения деформаций губы и носа после хейлопластики положено использование элементов операций при расщелине губы (М.В. Мухин, А.П. Агроскина, 1966). Устранение деформации носа иногда требует дополнительных хирургических приемов, модификации существующих методов. Показано, что исправление деформации верхней губы после хейлопластики основано

на использовании местных тканей. Исключение составляют деформации губы после двусторонней расщелины с нарушением ее формы и размеров, что требует использование пластики лоскутом во всю толщу с нижней губы по методу Аббе (А.П. Агроскина, 1967). При исправлении формы губы А.П. Агроскина рекомендовала пользоваться методикой Лимберга–Обуховой с предварительной разметкой направления разрезов для рассечения губы, что позволяло не только удлинить губу на стороне расщелины и сформировать линию «лука Купидона», но и предупредить возникновение рецидива деформации. Использование А.П. Агроскиной метода Миро и встречных треугольных лоскутов при формировании красной каймы показал, что применение перекидных лоскутов предупреждает образование втянутого рубца, не нарушая рельефа «линии Купидона». Для получения стойких результатов при устранении деформации носа после односторонней расщелины А.П. Агроскина рекомендовала использовать методику создания симметричного хрящевого каркаса для мягких тканей носа, включающую в себя выделение и перемещение медиальной ножки крыльного хряща и фиксации его к четырехугольному хрящу и крыльному хрящу «здоровой» половины носа. Такая методика, предложенная А.П. Агроскиной, позволила удлинить кожную часть перегородки на стороне деформации и создать симметричную форму ноздрей. Отдаленные результаты ее клинических наблюдений показали возможность применения в те годы инновационного материала фторопласта-4 для создания опоры крылу носа на стороне деформации. В ее исследовании было показано, что выбор метода для исправления формы носа после двусторонней расщелины зависит от характера деформации. При неизменных размерах верхней губы для исправления деформации носа ею была использована видоизмененная методика Маркса, Тревакиса и Пейна, позволявшая одномоментно удлинить перегородку носа за счет рубцовых тканей среднего отдела губы и произвести коррекцию кончика и крыльев носа. Удлинение перегородки носа при наличии плоской короткой губы А.П. Агроскиной производилось за счет тканей филтрума, так как при таком виде деформации для исправления формы губы в любом случае ее использовалась операция по Аббе, которую она считала показанной. Она также отмечала, что хирургическое исправление деформации губы и носа после хейлопластики наиболее целесообразно проводить не ранее 1–14 лет (А.П. Агроскина, 1967).

Особенно приятно вспомнить А.П. Агроскину, так как она является выпускницей Ленинградского стоматологического института, который окончила с отличием в 1952 г. она была блестящим пластическим хирургом. О ее уникальных мануальных навыках с восхищением рассказывали член-корреспондент АМН СССР, Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Б.Д. Кабаков, а также профессора М.В. Мухин, Л.Р. Балон, Н.М. Александров, В.А. Дунаевский, доценты В.В. Фиалковский, Л.М. Клячкина и Е.Г. Криволицкая. Умело проводимые ею операции всегда отличались творческим подходом, высокой техникой, малой травматичностью и бережным отношением к тканям. Она истинный пример для молодых пластических и челюстно-лицевых хирургов, познавший такие высокие этические категории, как долг, самопожертвование, сострадание, не в тиши библиотек и уютных клинических палат, а в операционной. В 1957 г. работая борт-консультантом по челюстно-лицевой хирургии при Ленинградской областной клинической больнице, в результате аварии самолета, А.П. Агроскина получила серьезную травму и в течение 3 лет находилась на инвалидности. Но даже в это сложное для нее время перерыва в работе не было – она продолжала врачебную деятельность. За время работы в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова она стала видным челюстно-лицевым хирургом, известным не только в нашей стране, но и за ее пределами.

К ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ ОРТОДОНТИИ В РОССИИ

Иорданишвили А.К.

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

Большой вклад в развитие отечественной ортодонтии в XX веке внесли А.Я. Катц, Н.И. Агапов, Х.А. Андерсон, М.С. Асс, А.И. Бетельман, З.Ф. Василевская, А.И. Гуляева, Л.В. Ильина-Маркосян, И.Л. Злотник, В.Ю. Курляндский, А.Д. Мухина, А.А. Погодина, Ф.Я. Хорошилкина и многие другие стоматологи, занимающиеся различными аспектами этой специальности.

Среди этих специалистов особо хочется выделить профессора Доменика Антоновича Калвелиса (1903–1988), который многие годы заведовал кафедрой ортопедической стоматологии (1940–1974) Рижского государственного медицинского института в Латвийской ССР, был удостоен высоких наград, а именно Заслуженного деятеля науки и Заслуженного врача Латвийской ССР, являлся главным стоматологом Министерства здравоохранения Латвийской ССР. Он внес огромный вклад в становление ортодонтии в СССР и подготовку высококвалифицированных врачей стоматологов-ортодонтов. Особенно ярким его трудом явилась монография «Ортодонтия. Зубо-челюстные аномалии в клинике и эксперименте», которая была издана в 1964 г. в Ленинградском отделении издательства «Медицина». Редактором этой монографии в указанном издательстве явился кандидат медицинских наук, доцент Д.Е. Танфильев. Многие студенты стоматологических факультетов медицинских вузов страны и ортодонты уместно использовали данную монографию как учебник или учебное пособие. В ней освещались вопросы развития и морфологии зубочелюстной системы, методы исследования, диагностики, этиологии и патогенеза зубочелюстных аномалий и особое место занимала методология их лечения и профилактики возникновения и рецидивирования. Важно, что Д.А. Калвелис уделил в монографии место для рассмотрения вопросов по стоматологической профилактике зубочелюстных аномалий, роли функции в развитии жевательного аппарата, а также функциональной морфологии двигательной части жевательного аппарата, миотерапии и ретенционного периода лечения.



Рис. Профессор Доменик Антонович Калвелис (1903–1988)

Интересно отметить, что успешно защитив диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук в 1939 г., он получил документальное подтверждение в ее утверждении в 1946 г., после окончания Великой Отечественной войны (ВОВ) 1941–1945 гг. В этом же году он был утвержден в ученом звании профессора.

Большой интерес среди специалистов также вызвали его более ранние монографии: «Опыт диагностики зубо-челюстных аномалий» (Рига, 1957) и «Биоморфологические основы ортодонтического лечения» (Рига, 1961), которые также были востребованы ортодонтами всей страны. Именно изучением биоморфологических изменений жевательного аппарата Д.А. Калвелис занимался всю свою жизнь, отмечал, что интенсивность и выраженность тканевых преобразований при нагрузке на зубы с помощью

ортодонтической аппаратуры зависят от силы и времени действия, от реактивного тканей жевательно-го аппарата и всего организма, а также других факторов.

Д.А. Калвелис является автором клинико-морфологической классификации зубочелюстных аномалий, в основу которой были положены морфологические изменения, касающиеся зубов, зубных рядов и прикуса, с учетом этиологии и значения их отклонения для функции и эстетики, т.е. с учетом соотношения челюстей с лицевым скелетом. В 1957 г. им была опубликована классификация зубочелюстных аномалий, по которой все они делятся на 3 основные группы: аномалии отдельных зубов, зубных рядов и прикуса. Он считал, что есть зубочелюстные аномалии, требующие и не требующие лечения, что согласуется с современными представлениями Всемирной организации здравоохранения и рядом документов Министерства обороны РФ, касающихся вопросов военно-медицинской экспертизы и освидетельствования военнослужащих.

Интересно отметить, что по окончании ВОВ в 1945–1947 гг. стоматологию Прибалтийского военного округа возглавлял Я.М. Збарж (инициатор Научно-практического общества стоматологов Латвии с 1945 г., которое в 1946 г. было реорганизовано в республиканское медицинское общество стоматологов, первым председателем которого был Д.А. Калвелис), по инициативе которого в Риге была открыта клиника челюстно-лицевой хирургии в республиканском институте восстановительной хирургии, где он, на общественных началах, трудился старшим научным сотрудником. Я.М. Збарж часто встречался с Д.А. Калвелисом и считал, что его нельзя было считать «просоветским гражданином», но вместе с этим отмечал, что он честно трудился, считался высококвалифицированным специалистом в области ортодонтии и ортопедической стоматологии, считал его талантливым педагогом. Д.А. Калвелис подготовил 4 докторов и 18 кандидатов медицинских наук.

Хочется, чтобы не были забыты и слова Д.А. Калвелиса, что клинико-практическую ортодонтию нельзя выучить, ее надо систематически изучать на основании клинического опыта, экспериментальных исследований и теоретических обоснований биоморфологии, физики, механики. Сбылись предсказания Д.А. Калвелиса о том, что ортодонтию следует считать не только молодой наукой, но и быстро развивающейся, часто нуждающейся в активизированном хирургическом пособии. Это особенно актуально в наши дни.

МАНЭБ И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Иорданишвили А.К.

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

Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы (МАНЭБ) является общественным объединением, организованным в результате свободного волеизъявления граждан и юридических лиц – общественных объединений и организаций, имеющих общность интересов в области экологии, безопасности человека и природы, функционирует существует 25 лет.

Основной целью МАНЭБ является активация творческого взаимодействия ученых и специалистов в сфере экологии, а также важность содействия научно-техническому прогрессу для использования его достижений в народном хозяйстве Российской Федерации и в зарубежных странах, в том числе и в области здравоохранения.

Сегодня деятельность МАНЭБ, главным образом, связана с решением проблем в области экологии и защиты окружающей среды, большое внимание уделяется проведению фундаментальных исследований, связанных с созданием экологически чистых технологий, определением влияния окружающей среды на здоровье людей, разработкой средств защиты.

Большая работа проводится в целях сохранения здоровья подрастающего поколения. Члены научной секции МАНЭБ «Окружающая среда и здоровье» постоянно вносят существенный вклад в развитие

лечебной деятельности, гигиены, медицинской экологии, биологии, нормальной и патологической физиологии, экспериментальной медицины, медико-экономического анализа и оценки эффективности экологических программ, социально-гигиенического мониторинга, оценки социально-психологического статуса различных групп населения, в том числе работающих с экотоксичными факторами, а также выступают инициаторами формирования новых научных и прикладных направлений, концепций и государственных программ в области сохранения окружающей среды и здоровья нации. Особо следует отметить работу, проводимую членами этой научной секции по медико-экологической экспертизе разных крупных российских и международных проектов, которая выполнялась на самом высоком междисциплинарном уровне благодаря квалификации и профессионализму специалистов, работающих в различных областях экологии и медицины, а также по разработке методологических и методических основ системной профилактики воздействия факторов риска окружающей среды на здоровье различных групп населения. Члены научной секции постоянно принимают активное участие в разработке новых санитарных правил и предельно-допустимых концентраций при использовании нового технологического оборудования, химических соединений и веществ, выбросов промышленных отходов в почву и водоемы. С участием членов МАНЭБ, работающих в Государственной Думе и Законодательных собраниях Санкт-Петербурга и Ленинградской области, разрабатываются и корректируются нормативно-правовые документы по охране здоровья населения от воздействия факторов окружающей среды на разных административных территориях, особенно в регионах, где крупные промышленные предприятия являются основными градообразующими.

Постоянно членами этой научной секции выполняются работы по изучению медико-социальных проблем охраны здоровья населения. Подчеркнем, что с участием членов МАНЭБ разработаны «Концепция развития здравоохранения России» и «Концепция развития здравоохранения Санкт-Петербурга», благодаря которым осуществляется реформирование различных направлений медицинской помощи на административных территориях Северо-Запада Российской Федерации, а также выполнено важное исследование, связанное с эколого-гигиенической оценкой водисточников и системы питьевого водоснабжения Санкт-Петербурга. Проводится работа по изучению здоровья детского населения при воздействии факторов риска окружающей среды, изучены экологические факторы, влияющие на нарушение репродуктивного здоровья женщин, материнскую и детскую смертности.

Постоянно совершенствуются эколого-социальные концепции для разного уровня законодательных, исполнительных и общественных организаций и движений, включая разработанный Национальный проект ЮНЕСКО в России «Новая социальная политика: семья – здоровье – продовольствие – сотрудничество с ЮНЕСКО», который включил большое количество программ, в том числе действующих как целевые в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, например, экологическая программа «Чистый город», что важно для сохранения здоровья детей и подростков, а следовательно здоровья жителей России в последующие годы.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ЛИЦА

Иорданишвили А.К., Свириденко А.Д.

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

Для оценки эффективности оказания специализированной медицинской помощи и реабилитации пострадавших с травмой лица был предложен следующий способ. На основании жалоб и анализа клинического состояния пострадавшего с травмой лица по окончании специализированного лечения нами предложен индексный способ оценки эффективности оказания специализированной медицин-

ской помощи, который учитывает следующие субъективные и объективные симптомы на основании их оценки в баллах:

1. Характеристика зрительной функции: нарушения отсутствуют – 0; с незначительными нарушениями функции – 1; со значительными нарушениями функции зрения – 5.

2. Состояние функции жевания: не нарушена (или при наличии объективных данных без нарушения функции) – 0; с незначительными нарушениями функции – 1; со значительными нарушениями функции – 5.

3. Состояние дыхательной и обонятельной функций: не нарушены (или при наличии объективных данных без нарушения функции) – 0; с незначительными нарушениями функций (одной или обеих) – 1; со значительными нарушениями функций (одной или обеих) – 5.

4. Состояние глотательной функции: не нарушена (или при наличии объективных данных без нарушения функции) – 0; с незначительными нарушениями функции – 1; со значительными нарушениями функции – 5.

5. Эстетика лица: не нарушена – 0; незначительные нарушения – 1; значительные нарушения эстетики лица – 5.

После регистрации указанных клинических симптомов, согласно предложению осуществляют подсчет суммы баллов и оценивают степень эффективности оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим людям с травмой лица исходя из полученной суммы баллов: 0 – эффективное лечение с выраженным клиническим эффектом; 1–4 балла – хорошая эффективность лечения; 5–9 баллов – удовлетворительная эффективность лечения; 10–25 баллов – неэффективное лечение.

Для оценки эффективности реабилитации пострадавших с травмой лица в процентном выражении, согласно нашему предложению был предложен следующий способ. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий пострадавшим людям с травмой лица следует проводить по формуле: Эффективность (%) = $100 (A - B) / A$, где A – сумма баллов при клинической оценке эффективности лечения по выписке пострадавшего с травмой лица из стационара; B – сумма баллов при клинической оценке эффективности лечения или реабилитационных мероприятий по окончании реабилитационных лечебно-профилактических мероприятий пострадавшему с травмой лица.

Способ прост и объективизирует результаты лечения и реабилитационных мероприятий, позволяет проводить сравнительную оценку разных методов лечения и реабилитации.

ОПЫТ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОФОКУСНОГО РЕНТГЕНОВСКОГО АППАРАТА ПАРДУС-Р

Кабисов Д.И., Гребнев Г.А., Железняк И.С.

*Медицинская служба Вооруженных Сил Республики Северная Осетия (Алания);
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия*

Лучевая диагностика является неотъемлемой частью в практике стоматолога-хирурга. Основной методикой лучевой диагностики в стоматологии остается ортопантомография (ОПТГ), которая не дает достаточной информации о состоянии костной структуры, положении зубов, взаимоотношении с важными анатомическими структурами. Компьютерная томография (КТ) расширяет диагностические возможности ОПТГ, но их применение возможно лишь на этапе планирования оперативного вмешательства. Контролировать удаление сложных ретенированных зубов, сверхкомплектных зубов на интраоперационном этапе данными лучевыми методами невозможно.

В последнее десятилетие микрофокусная рентгенография нашла большое применение в различных направлениях медицины. В стоматологии она представлена преимущественно увеличенной па-

норманной рентгенографией. Внедрение в медицину новых цифровых технологий послужило поводом к развитию цифровой микрофокусной рентгенографии (ЦМФРГ). В настоящее время уже показано, что ЦМФРГ является удобной и информативной методикой для контроля, которая стала возможной с появлением портативных аппаратов (Н.Н. Потрахов, Н.С. Серова, 2007, И.А. Клестова, 2014). Портативный рентгеновский аппарат с низким уровнем излучения и малой потребляемой мощностью дает возможность получения изображения через 3–5 секунд после выполнения снимка непосредственно в операционной, что позволяет влиять на тактику операционного вмешательства. При этом к важным преимуществам ЦМФРГ следует отнести низкую лучевую нагрузку, высокое качество и высокую информативность изображения, а также мобильность аппарата, т.е. портативность.

В настоящее время усовершенствована конструкция и создан дентальный аппарат для прицельной съемки в портативном исполнении. Исследование выполнялось с применением микрофокусной технологии съемки, с использованием современного специализированного портативного микрофокусного аппарата прицельного типа Российского производства. Впервые разрабатываются режимы съемки на отечественном микрофокусном рентгеновском аппарате прицельного типа в условиях операционной.

В представленной работе в клинике челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии впервые показаны результаты внедрения способа интраоперационной микрофокусной рентгенодиагностики при стоматологических хирургических вмешательствах с использованием аппарата ПАРДУС-Р, а также результаты усовершенствования методики этого исследования.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕДУРЫ ФТОРИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ, С УЧЕТОМ АНАЛИЗА СТЕПЕНИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ УЧАСТКОВ ГИПОПЛАЗИИ

Карпова Л.С., Васильева А.М., Ткаченко Т.Б., Савушкина Н.А.

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

Введение: в настоящее время проблема высокой распространенности стоматологических заболеваний у детей чрезвычайно актуальна (Аверьянов С.В., Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П., 2019). Однако мало внимания уделяется такой проблеме, как гипоплазия эмали. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П. (2010) рассматривают гипоплазию как исход замедленной и извращенной функции амелобластов. Данная патология возникает в результате нарушения двух взаимосвязанных процессов: секреции органической матрицы амелобластами и ослабления процесса минерализации. По данным Н.В. Куряжиной (2001) среди всех видов гипоплазии системная форма составляет 90,6%.

Цель: оценить исходную степень минерализации участков гипоплазии эмали, а также определить эффективность процедуры фторирования у детей в условиях стоматологического кабинета.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ГБУЗ Стоматологическая поликлиника №28 в детском отделении. Все родители подписали информированное добровольное согласие. В исследовании приняли участие 21 пациент в возрасте от 6 до 12 лет, из которых 8 девочек (38%) и 13 мальчиков (62%). В рамках реализации работы дети были разделены на две группы. 1-я включала пациентов с нарушением минерализации эмали, а именно у которых выявили гипоплазию эмали различных форм. В этой группе 5 девочек и 6 мальчиков. 2-я группа – пациенты со здоровой эмалью, среди них 3 девочки и 7 мальчиков. Всем пациентам было выполнено витальное окрашивание вестибулярных поверхностей зубов 1%-ным водным раствором метиленового – синего по методу Е.В. Боровского и П.А. Леуса с целью дифференциальной диагностики кариеса на стадии пятна и пятнистой формы гипоплазии эмали.

Степень исходной минерализации участков зубов с изменением цвета оценивалась методом лазерной флюоресценции с помощью аппарата DIAGNOdent pen (KaVo, Германия). Принцип действия аппарата заключается в том, что лазерный диод создает импульсные световые волны длиной 0,64 нм, которые попадают на поверхность зуба и отражаются, т.к. ткань зуба обладает оптическими свойствами. Деминерализация меняет оптические свойства тканей зуба, и они флюоресцируют световыми волнами другой длины, которые анализируются прибором и отражаются на дисплее в виде числовых показателей. С целью повышения кариес устойчивости на участках эмали с гипоплазией производили аппликации фтористым гелем APF в составе присутствует 1,23% иона фторид (KEYSTONE INDUSTRIES, США) в капле на 4 минуты, а затем повторно проводили диагностику аппаратом DIAGNOdent pen.

Результаты: в ходе лазерной флюоресценции пораженных гипоплазией участков аппаратом DIAGNOdent pen были получены показатели в диапазоне от 20 до 29 и более 30. В то время как значения здоровой эмали колебались в диапазоне от 0 до 7. В результате окрашивания участков деминерализации эмали 1%-ным раствором метиленового синего, реакции пятна и красителя не произошло, что свидетельствует о некариозном происхождении поражений эмали, в данном случае о гипоплазии. После нанесения на пораженные участки эмали фтористого APF геля были зафиксированы изменения показателей DIAGNOdent pen в 100% случаев: на 2–4 единицы у 72,7% пациентов, на 5–10 единиц у 27,3% пациентов. Полученные данные свидетельствуют о том, что процедура 4-минутной аппликации фтористым профилактическим гелем APF повышает уровень минерализации участков с гипоплазией и оказывает кариес-профилактический результат.

Выводы: эффективность кабинетного фторирования методом 4-минутной аппликации гелем APF при показателях очагов гипоминерализации эмали в пределе от 20–29 и более 30 эффективна и подтверждена аппаратом лазерного излучения DIAGNOdent pen.

ПЕПТИДНЫЕ РЕГУЛЯТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Керимханов К.А.

ООО «МедИс», Санкт-Петербург, Россия

Представлены сведения о состоянии выделительной функции слюнных желез у 13 человек разного возраста, перенесших комбинированное лечение злокачественных опухолей орофарингеальной зоны и страдающих лучевыми сиалоаденопатиями.

Клиническая оценка слюноотделения позволила установить, что у людей, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями, существенно снижена выработка собственной слюны, повышена ее вязкость, что приводит к ухудшению качества их жизни за счет наличия выраженной ксеростомии, которая плохо поддается лечению.

Использована методика пептидной биорегуляции в комплексной терапии таких пациентов для совершенствования лечения лучевых сиалоаденопатий. Для указанных целей применяли пептидный биорегулятор «Везуген».

Получен положительный результат комплексной терапии лучевых сиалоаденопатий с применением пептидной биорегуляции, который выражался в улучшении слюноотделения, снижении вязкости слюны и улучшении состояния слизистой оболочки полости рта и языка.

РАЗБОР СОСТАВОВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА: ПОТЕНЦИАЛЬНО АЛЛЕРГЕННЫЕ ТРАВЫ

Киба К.А., Мусина Ю.В., Онищенко Л.Ф.

Кафедра ортодонтии ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Введение. Ополаскиватели – это готовые к применению средства для ополаскивания рта, которые помимо дезодорации полости рта обладают лечебно-профилактическими свойствами, усиливая действие активных компонентов зубных паст. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире от аллергических реакций страдают сотни миллионов людей (от 30–60% в популяции). Каждый третий житель планеты страдает аллергическим ринитом и каждый десятый – бронхиальной астмой. Применение различных средств, в том числе и медикаментов, у людей с отягощенным аллергическим анамнезом определяет необходимость в строгом обследовании и изучении состава данных средств.

Цель исследования. Изучение состава 3 популярных ополаскивателей для полости рта с целью выявления потенциально аллергенных для человека ингредиентов.

Материалы и методы. Был проведен разбор состава трех известных ополаскивателей для полости рта, чаще всего продаваемых в супермаркетах, с целью выявления аллергенных компонентов. Ополаскиватели, условно обозначены под буквами «А», «В», «С». В названии каждого ополаскивателя присутствовало слово «травы». Данные о частоте продаваемых ополаскивателей были предоставлены официальными представителями супермаркетов.

Результаты. Исходя из полученных данных, ополаскиватель для полости рта «А» содержит экстракт чистотела большого. Данный компонент может вызвать аллергические реакции в полости рта у людей, склонных к аллергическим реакциям, а также диспепсические явления при проглатывании – тошнота, рвота.

Ополаскиватель для полости рта «В» в своем составе экстракт шалфея – данное растение относят к аллергенным травам. У некоторых людей оно может вызвать кожные реакции – зуд, крапивницу, отечность, а также кашель и приступ удушья.

В изучаемом ополаскивателе «С» содержится экстракт березы, который является одним из самых популярных аллергенов. Может возникнуть отечность, покалывание в области губ, десен, неба, языка, покраснение в полости рта.

Вывод. Прделав данную работу, можно сделать вывод, что некоторые популярные ополаскиватели для полости рта в своем составе содержат аллергенные компоненты, которые могут вызвать индивидуальную непереносимость. Рекомендуется тщательно подходить к выбору ополаскивателей для полости рта, перед применением провести алерго-пробу.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кячина Т.А., Толстых О.Г., Окунева К.К.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, стоматологическая поликлиника ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Одной из значимых проблем в педиатрии является бронхиальная астма. Более 10% детей в России страдают от той или иной формы заболевания. Самые высокие показатели заболевания отме-

чены в Москве, Санкт-Петербурге, Московской, Ленинградской области. Как сам приступ бронхиальной астмы, так и период ремиссии болезни требуют постоянного приема лекарственных препаратов, в том числе и глюкокортикостероидов в максимально терапевтической и минимально эффективной поддерживающей дозе соответственно. Кроме положительного терапевтического эффекта ингаляции препаратов способствуют снижению естественного защитного барьера слизистой оболочки полости рта и нарушению местного иммунитета. Многие противоастматические препараты содержат легкоусвояемые углеводы, которые могут оказывать разрушительное воздействие на твердые ткани зубов. Ряд лекарственных препаратов вызывают сухость в полости рта, т.е. уменьшается естественное самоочищение зубов слюной. У детей с бронхиальной астмой имеются нарушения функции дыхания и водно-минерального обмена, которые влияют на формирование и развитие челюстно-лицевой области ребенка.

Цель. Оценить стоматологический статус у детей с бронхиальной астмой, составить план лечебно-профилактических мероприятий, учитывая характер проводимой терапии основного заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось у пациентов в возрасте от 3 до 17 лет, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ЛОГБУЗ «Детской клинической больницы». Всего было осмотрено 60 пациентов с диагнозом: бронхиальная астма. Всем пациентам было предложено анкетирование, включающее в себя 20 вопросов по проводимой гигиене полости рта. Проведен комплексный стоматологический осмотр полости рта.

Результаты. В ходе анкетирования было установлено, что пациенты не обладают достаточным уровнем знаний и навыков гигиены полости рта. У 82% пациентов индекс гигиены полости рта оценивался как неудовлетворительный. Распространенность кариеса в обследуемой группе составила 100%. 2/3 детей и подростков поступают в стационар не санированными. Во всех возрастных группах интенсивности кариеса зубов соответствовала высокому уровню. В ходе обследования у 34% пациентов был выявлен хронический катаральный гингивит, 12% детей отмечали сухость и раздражение слизистой оболочки полости рта; 6% указывали на изменение вкусовых ощущений. У 72% детей диагностировали аномалии и деформации зубочелюстной системы. В структуре зубочелюстных аномалий у детей с бронхиальной астмой доминировали дистальный и глубокий прикус на фоне выраженной тенденции к сужению зубоальвеолярных дуг.

Выводы. Необходимо учитывать факторы, определяющие стоматологический статус детей с бронхиальной астмой, и подбирать эффективный комплекс лечебно-профилактических мероприятий при тесном сотрудничестве аллергологов, пульмонологов и стоматологов.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ СЛУХА И ЗРЕНИЯ

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

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

Заложенные в детстве азы стоматологического просвещения имеют огромное влияние на состояние полости рта во взрослом возрасте, а качество обучения культуре гигиены напрямую зависит от вовлеченности в процесс социального окружения ребенка.

Цель исследования: оценить качество гигиенического воспитания в области профилактики стоматологических заболеваний детей старшего школьного возраста с патологией органов слуха и зрения в зависимости от социальной инклюзии.

Материалы и методы. Исследование проводили путем устного и письменного анкетирования с регистрацией полученных данных среди 28 детей 15–18 лет (14 девочек, 14 мальчиков). Группа школьников с патологией органа слуха составила 13 человек (7 девочек и 6 мальчиков), из которых шестеро воспитывались в семье, а 7 человек – в интернате. В группе детей с патологией органа зрения – 15 человек (7 девочек и 8 мальчиков), 6 из которых воспитывались в семье, а 9 – в интернате.

Результаты и обсуждение. Изучение результатов анкетирования выявило, что большинство детей, воспитывавшихся в интернатах, вообще не проводило ежедневную чистку зубов (65,4%). Регулярно чистивших зубы один раз в день было 28,7%, большую часть из которых были дети, живущие в семьях. 11,6% детей использовали дополнительные средства гигиены полости рта и соблюдали тайминг чистки зубов, все эти школьники воспитываются в семьях и постоянно вовлечены в учебный процесс. Среди воспитанников интерната было выявлено повышенное употребление высокоуглеводистой пищи (74,2%), в то время как детям из семей чаще заменяли хлебобулочные изделия фруктами в качестве перекуса. Более того, дети, воспитывающиеся в семьях, показали знания о возможности замены «вредных» продуктов на «полезные».

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о низком воспитательном эффекте ввиду неударительной санитарно-просветительной работе с детьми, а также о необходимости дополнительной подготовки родителей, опекунов, воспитателей и профессионалов с учетом физических и психологических особенностей пациентов данной категории.

ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ – ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

Лулева Ю.А., Солдатова Л.Н., Федорова А.В.

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

Воспалительные заболевания десен зачастую наблюдаются у людей различных возрастных групп. Несмотря на широко распространенные программы профилактики, в настоящее время недостаточно внимания уделяется разработке адаптированных программ для детей с патологией органа зрения.

Цель работы: определить уровень индивидуальной гигиены полости рта у детей старшего школьного возраста с патологией органа зрения.

Материалы и методы. Определение уровня индивидуальной гигиены полости рта проводили путем обследования 48 детей старшего школьного возраста (25 девочек и 23 мальчика) в возрасте от пятнадцати до восемнадцати лет. Среди детей были воспитанники домов – интернатов (25 человек), а также живущие в семьях (23 человека). Обследуемые дети из домов-интернатов были разделены на несколько групп: с патологией органа зрения – 12 человек, из которых 5 незрячих и 7 слабовидящих, 13 человек были физиологически здоровыми и определили контрольную группу. Среди детей, воспитывающихся в семьях, 5 человек были незрячими, 6 – слабовидящими, а 12 составляли контрольную группу. Клиническое исследование заключалось в определении уровня индивидуальной гигиены полости рта с помощью индекса Грина–Вермиллиона (Green, Vermillion, 1964) и индекса эффективности гигиены (Podshadley, Haby, 1968). Также был определен папиллярно – маргинально – альвеолярный

индекс (РМА), который позволил судить о наличии, тяжести и протяженности гингивита в обследуемых группах.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании полученных данных объективного обследования детей, воспитывающихся в интернате, индекс Грина–Вермиллиона показал неудовлетворительную гигиену полости рта у незрячих ($2,2 \pm 0,11$ у.е.) и у слабовидящих ($1,8 \pm 0,12$ у.е.), в контрольной группе был определен удовлетворительный уровень гигиены полости рта ($0,8 \pm 0,11$ у.е.). Индекс эффективности гигиены в обследуемой группе показал неудовлетворительную гигиену полости рта у незрячих ($2,1 \pm 0,1$ у.е.) и у слабовидящих ($1,9 \pm 0,12$ у.е.), в контрольной группе был определен удовлетворительный уровень гигиены полости рта ($1,6 \pm 0,12$ у.е.).

У детей, воспитывающихся в семьях, индекс Грина–Вермиллиона показал неудовлетворительную гигиену полости рта у незрячих ($1,8 \pm 0,12$ у.е.), удовлетворительную у слабовидящих ($1,6 \pm 0,11$ у.е.), в контрольной группе был определен хороший уровень гигиены полости рта ($0,5 \pm 0,11$ у.е.). Индекс эффективности гигиены в обследуемой группе показал неудовлетворительную гигиену полости рта у незрячих ($1,9 \pm 0,11$ у.е.), у слабовидящих – удовлетворительный ($1,5 \pm 0,12$ у.е.), в контрольной группе был определен хороший уровень гигиены полости рта ($0,4 \pm 0,11$ у.е.).

На основании полученных результатов, индекс РМА показал, в группе воспитанников интерната, тяжелую степень гингивита среди незрячих (54%) и слабовидящих детей (51%) и выраженную распространенность и интенсивность патологического процесса в контрольной группе (32%). Среди школьников из семей выраженность и интенсивность патологического процесса наблюдалась в группах незрячих (44%) и слабовидящих детей (31%), в контрольной группе определялась ограниченная распространенность процесса (22%).

Заключение. На основании проведенного исследования выявлено, что дети с патологией органа зрения испытывают колоссальную затрудненность в самостоятельном уходе за полостью рта, а низкий уровень гигиены полости рта является одним из ключевых факторов риска развития заболеваний тканей пародонта. Также наблюдается зависимость гигиенического статуса от формы социального воспитания: дети, живущие в семьях, лучше ухаживают за полостью рта, и больше внимания оказывается их стоматологическому здоровью.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ, ПРИ НАРУШЕНИИ ПАЦИЕНТОМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Максимчук Н.А., Виноградова Е.С.

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

Введение: качественная гигиена полости рта – залог успеха лечения любого заболевания. Внимательно к гигиене полости рта необходимо относиться ортодонтическим пациентам, их конструкции служат дополнительным местом ретенции налета. Из-за неудовлетворительной гигиены полости рта пациенты могут замечать проявления различных заболеваний: деминерализации эмали, кариеса, гингивита.

Цель: изучить гигиену полости рта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении, и рассмотреть возможные ошибки и осложнения, возникающие при нарушении гигиены полости рта.

Материалы и методы: в исследовании, проведенном в частной стоматологической клинике, приняло участие 30 человек в возрасте от 14 до 30 лет. Каждый пациент в момент исследования проходил

лечение на несъемном ортодонтическом аппарате – металлической брекет-системе, фиксированной на вестибулярной стороне зубов верхней и нижней челюсти. Нами было проведено анкетирование, клиническая беседа для оценки уровня гигиенических знаний и клинический осмотр с окрашиванием зубов и слизистой оболочки полости рта для выявления уровня гигиены полости рта и возможных осложнений.

Результаты: во время клинического осмотра с помощью индекса ОРТО Улитовского был исследован уровень гигиены полости рта, который нам показал, что 96% исследуемых имеют неудовлетворительную гигиену полости рта и ортодонтической конструкции. Из 30 исследуемых пациентов у 20% пациентов был выявлен гингивит средней степени тяжести; у 80% пациентов был выявлен гингивит легкой степени тяжести. Помимо гингивита разной степени тяжести у 17% пациентов с металлической брекет-системой был обнаружен первичный кариес, причем все локализации кариеса на контактной поверхности.

Выводы: выявлена прямая взаимосвязь между уровнем гигиены полости рта и уровнем гигиенических знаний пациентов при ношении ортодонтических конструкций. У пациентов с низким уровнем гигиенических знаний наблюдался неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. Ошибкой при нарушении гигиены полости рта является неудовлетворительная и плохая гигиена полости рта, наиболее часто встречающимися осложнениями – гингивит и кариес на контактных поверхностях.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСВЕРЗАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА

Малахова Н.Е.

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

Актуальность. Сужение верхней челюсти является полиэтиологичным. Причинами сужения верхней челюсти являются ротовое дыхание и соответствующее давление мышц на боковые участки зубных рядов, деформация зубных рядов вследствие раннего удаления временных зубов, особенности роста швов переднего основания черепа, нарушения во время родов, вредные привычки ребенка в раннем возрасте, неврологические нарушения, причины, влияющие на положения языка в нижнем отделе ротовой полости (Персин Л.С. (2013), Арсенина О.И. (2017), Бимбас Е.С. (2017), Лугуева Д.Ш (2018), Марколин Ф. (2018)). Считается, что морфологические структуры формируются благодаря воздействию мягких тканей и миодинамическому равновесию. Однако даже при наличии баланса мышц это не всегда приводит к идеальной морфологии. Равновесие возможно и при патологической функции, но важно, чтобы сила действия была в балансе с силой противодействия (Данилова М.А. (2010)). Успешность расширения верхней челюсти, когда результат стабильный и отсутствуют побочные эффекты, зависит от точности причин, которые привели к нарушению. Также известно, что естественный рост челюстей в трансверзальном направлении завершается перед пубертатным скачком, что и определяет рациональность расширения в период раннего сменного прикуса, а также выявление этого вида нарушений в ранний школьный или дошкольный период. Но даже при отсутствии явного роста верхней челюсти выявляемое увеличение ширины зубного ряда происходит за счет вестибулярного прорезывания постоянных зубов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 78 пациентов в возрасте 6,5–12,3 лет, 59 девочек и 19 мальчиков. Для расширения верхней челюсти применялся одночелюстной аппарат с

винтом по средней линии ($n = 35$), 26 аппаратов для разрыва небного шва по типу Хасса, 17 аппаратов Френкеля. Все пациенты перед началом ортодонтического лечения проходили полный объем диагностики (телерентгенограмма головы в боковой проекции ($n = 78$), телерентгенограмма головы в прямой проекции ($n = 37$), ортопантограмма ($n = 63$), компьютерная томография челюстей ($n = 15$), расчеты моделей челюстей ($n = 78$). Проводился анализ анкетных данных о наличии соматических заболеваний. По результатам диагностики и планируемому лечению пациенты направлялись к врачу остеопату.

Результаты исследования. На основании анализа данных выделены следующие закономерности:

1. Сужение верхней челюсти выявлено у 68 пациентов: 18%-ное сужение зубной дуги 1-й степени (в пределах $2,34 \pm 1,22$ мм), 37%-ное сужение 2-й степени ($4,5 \pm 1,6$ мм), 23%-ное выраженное сужение верхней челюсти, сочетающееся с готическим небом ($8,7 \pm 0,76$ мм).

2. У 49 пациентов в сагиттальной плоскости выявлялась дистальная окклюзия, у 29 пациентов мезиальная окклюзия. Причем в случае сужения зубных рядов и чрезмерного прорезывания резцов формируется блокирование движения нижней челюсти по сагиттали и, как следствие, недоразвитие нижней челюсти и формирование дистальной окклюзии.

3. Среди соматических заболеваний на 1-м месте оказались аллергические реакции (61% пациентов), среди которых 43% составляли риниты аллергического характера. У 39% детей были заболевания ЛОР-органов, проявляющиеся наличием аденоидов.

4. У 82% пациентов присутствовали вредные привычки в виде прикусывания губ и щек, что обуславливало форму зубного ряда. Никто из родителей не отметил каких-либо нарушений во время родов. Однако на всех телерентгенограммах головы в прямой проекции выявлена асимметрия в разных участках лицевого отдела черепа более 4 мм. По результатам изучения телерентгенограммы головы в боковой проекции у 31 пациента наблюдался кифоз шейного отдела, сочетающийся с дистальным положением нижней челюсти, длиной тела, близкой возрастной норме, глубоким резцовым перекрытием.

5. Рецидив расширения происходил при использовании одночелюстного аппарата.

6. При использовании небного расширителя спустя 12 месяцев и более наблюдалось правильное соотношение зубных рядов в трансверсальной плоскости. При этом не применялось дополнительных удерживающих аппаратов. Ретенция была естественной.

7. Изменения при использовании аппарата Френкеля становились очевидными спустя 6 месяцев от начала лечения. Наибольший эффект наблюдался в случае выявленных перед лечением вредных привычек. При сочетании сужения зубного ряда верхней челюсти 3-й степени и долихоцефалическом типе лица изменения были незначительны. Наибольший эффект наблюдался при нормальном или широком типе лица.

Выводы:

1. Одночелюстной аппарат с винтом для расширения следует применять лишь в случае наклона зубов в трансверсальной плоскости при физиологическом развитии неба. Сочетание нарушений зубного ряда и функциональных нарушений требует дополнительного конструирования элементов, устраняющих давление губ и щек, либо использование второго лечебного аппарата, направленного на устранение неправильной функции, чтобы предотвратить рецидив.

2. Выбор аппарата Френкеля для лечения трансверсальной патологии обусловлен наличием вредных привычек, которые и привели к этим нарушениям. В случае скелетных изменений – значительный эффект достигнут не будет.

3. Использование небного расширителя происходит без побочных моментов при сопровождении врача остеопата. Выбор аппарата рационален при сочетании сужения зубного ряда с изменением в строении неба.

4. Объем сопутствующей патологии и невозможность естественной ретенции определяет необходимость в использовании последующих лечебно-профилактических аппаратов после устранения трансверзальных нарушений.

5. Определение объема расширения необходимо проводить с учетом строения лица.

ИЗУЧЕНИЕ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИДРОФИЛЬНОСТИ СИЦ НА ПУЛЬПУ ЗУБА

Маслов В.В., Маслова Т.В., Кардашенко Я.Р.

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

Актуальность: в научной литературе достаточно много информации о влиянии гидрофильных свойств СИЦ на пульпу зуба, исследования проводились на животных, где обнаруживали изменения в микроциркуляторном русле пульпы. В клинической практике многими авторами отмечались пост-пломбировочные боли после применения СИЦ. Поэтому дополнительные знания о механизме воздействия гидрофильности СИЦ на пульпу зуба актуальны и помогут практическим врачам избегать ошибок и связанных с ними осложнений, что особенно важно в детской практике, т.к. зубы имеют обширную пульпарную полость и процессы минерализации еще активно продолжаются.

Цель: изучить механизм перемещения жидкости из пульпарной полости к СИЦ.

Материалы и методы: СИЦ («Fuji»), зубы, удаленные по медицинским показаниям, 0,1%-ный раствор метиленового синего в физрастворе, фотоаппарат.

В зубах, удаленных по медицинским показаниям, формировали полости 1-го класса по G.V. Black до середины дентинного слоя и до преддентина. Корни зубов отсекали, создавая доступ жидкости в пульпарную полость, из которой удаляли пульпу. Далее полость 1-го класса заполняли СИЦ, замешанный по инструкции по работе с СИЦ, поверхность пломбы обрабатывали (шлифовали и полировали). После чего зубы погружались в раствор 0,1%-ного метиленового синего на 48 часов. После зуб распиливали диском вдоль продольной оси на две части. Проводилась фоторегистрация и изучали глубину проникновения красителя в толщу пломбировочного материала на дисплее компьютера при максимальном увеличении, сравнивая поверхность обращенную к дентину с поверхностью контактирующей непосредственно с раствором.

Результаты: после 48 часов пребывания зубов с пломбой из СИЦ в красителе, на шлифах обнаруживали проникновение красителя в толщу пломбировочного материала как со стороны поверхности обращенной в полость рта, так и со стороны пульпарной полости. При этом дентин, отделяющий пульпарную полость от СИЦ, весь прокрашивался вне зависимости от его толщины. Дентин, который не контактировал с СИЦ, вообще не окрашивался, что подтверждает наличие гидрофильных свойств у СИЦ. Т.е. они за счет химической реакции поликарбоновых кислот с водой, как насос, тянут ее из пульпарной полости по дентинным трубочкам.

При количественной оценки толщины прокрашивания СИЦ с поверхности пломбы и со стороны пульпарной полости достоверной разницы не выявлено, хотя при некоторых исследованиях глубина проникновения красителя в СИЦ со стороны пульпарной полости была больше. Это можно объяснить двумя причинами:

- минерализация дентинных трубочек отличается в зависимости от возраста человека;
- поверхность пломбы была подвергнута механической обработке и наиболее активный слой материала удален, а материал, контактирующий с дентином, сразу вступал в химическую реакцию с жидкостью, находящейся в дентинных трубочках.

Выводы:

- Проведенные исследования наглядно показали механизм перемещения жидкости из полости пульпы по дентинным трубочкам в направлении СИЦ.
- Можно предположить, что чем моложе пациент, тем больше риск постпломбировочных осложнений при применении СИЦ, что очень важно при работе с детьми.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

Маслов М.В., Маслова Т.В.

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

Актуальность: мировой рынок современных средств гигиены полости рта огромен, особое место в нем занимают средства профилактики кариеса. Они различаются по составу, но все производители характеризуют их как очень эффективные и рассчитанные для широких слоев населения, включая детей и подростков. Но зная анатомо-гистологическое строение зубов и физиологию ротовой жидкости, надо помнить, что у некоторых людей могут быть свои особенности как в минерализации твердых тканей зуба, так и по составу ротовой жидкости.

В настоящее время в стоматологической практике врач рекомендует пациенту применять зубную пасту на основании клинической оценки состояния органов полости рта с последующей оценкой ее эффективности. Такой способ является широко распространенным, но требует достаточного времени, так как оценка эффективности пасты отсрочена и поиск новых методов остается актуальным.

Цель: изучить эффективность метода индивидуального подбора средств гигиены полости рта (патент №2677272).

Материалы и методы: зубные пасты – «Жемчуг с F», «Жемчуг с Са», зубы, удаленные по медицинским показаниям, ротовая жидкость пациента – 5 мл, плак-тест, дистиллированная вода, шприц-дозатор, фотоаппарат, термостат.

Рост зубной бляшки оценивали с помощью плак-теста, с интервалом в 30 минут. Минерализацию эмали оценивали методом «Сидячей капли» (патент №2484763) до начала исследования и в момент начала появления зубной бляшки.

До начала исследования. С помощью метода «сидячей капли» определили минерализацию зубов пациента. Из числа удаленных зубов подбирали зубы с соответствующей степенью минерализации эмали. Далее зуб чистили зубной щеткой с пастой «Жемчуг с F», а другой зуб – пастой «Жемчуг с Са», по 20 секунд каждый. В это время пациент собирал в пробирку ротовую жидкость (ранее нами было установлено что ротовая жидкость в условиях термостата сохраняет постоянство pH более 4 часов). После отдельности в разные пробирки погружали обработанные пастами зубы. Пробирки устанавливались в термостат с $t = 37^\circ$. В качестве контроля брали зуб, который чистили только зубной щеткой без пасты.

Результаты. В результате исследования были получены следующие результаты.

В контрольной группе исследуемых зубов зубная бляшка в среднем начинала образовываться через 2 часа от начала исследования. В пробах где зубы были обработаны пастами время начала образования бляшки увеличилось до 3 часов, что говорит о эффективности противомикробных компонентов, входящих в состав зубных паст «Жемчуг». При этом минерализация эмали достоверно отличалась во всех трех группах. Так наибольшее повреждение (демнерализация) поверхности эмали наблюдалось в группе, где зубы чистили только щеткой без паст. В группе где зубы чистили пастой «Жемчуг с Са» демнерализация была не достоверно меньше, чем в группе контроля. И только в группе где применяли

пасту «Жемчуг с F» процесс деминерализации был достоверно меньше по сравнению с контрольной группой.

Таким образом по результатам исследования пациенту можно рекомендовать для гигиены полости рта профилактическую пасту «Жемчуг с F».

Выводы:

- Предлагаемый метод подбора эффективных средств гигиены полости рта является индивидуальным.
- Метод прост в исполнении и может осуществляться средним медицинским персоналом.
- Метод позволяет периодически контролировать эффективность средств гигиены полости рта и своевременно менять их в случаи адаптации микрофлоры к компонентам пасты, что особенно важно в детском и подростковом возрасте.

ОЦЕНКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ

Маслов М.В., Маслова Т.В.

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

Актуальность: основная задача стоматологов детской практики – профилактика кариеса. В настоящее время разработано много методов ранней диагностики кариеса, но каждый из них имеет свои недостатки, так «тер-тест» требует кислотного повреждения эмали, а аппаратные методы имеют высокую стоимость и в основном используются в научных исследованиях. Все выше перечисленное заставляет искать более доступные и неинвазивные методы диагностики состояния эмали.

Цель: изучить динамику минерализации эмали с помощью метода «сидячей капли» (патент №2484763).

Материалы и методы: эмаль зубов человека, удаленных по медицинским показаниям (120 шт.), дистиллированная вода, шприц-дозатор, фоторегистрирующее устройство (фотоаппарат или телефон), компьютер, миллиметровая линейка или миллиметровая бумага.

*В исследовании также принимали участие 38 добровольцев в возрасте 18–19 лет.

На очищенную поверхность эмали с помощью шприца-дозатора (2 мкл) наносилась капля дистиллированной воды, капля растекалась, приобретая округлую форму за счет поверхностного натяжения воды. Площадь капли зависит от свойств эмали (гидрофобности), которые на прямую связаны с ее химическим составом (минерализацией). Проводилась фоторегистрация капли с приложенной миллиметровой линейкой (миллиметровая бумага). С помощью компьютера проводили вычисление площади занимаемой каплей.

*Растворы – 1% NaF, растворы с буферной емкостью pH 6,5 и 6,0, а также пищевые напитки: Coca-Cola, яблочный и апельсиновый сок.

Результаты: экспериментальные исследования на эмали удаленных зубов доказали высокую чувствительность метода. Так при погружении удаленного зуба в буферный раствор с pH 6,0 на 15 минут, а с pH 6,5 на 25 минут – обнаруживалось достоверное увеличение площади смачивания эмали, т.е. уменьшение ее гидрофобности (деминерализация).

При нанесении на поверхность эмали 1%-ный раствора NaF на 1 секунду мы наблюдали достоверный эффект увеличения гидрофобности (минерализация).

Аппликация Coca-Cola, соков на 10 секунд приводили к полному растеканию капли по поверхности эмали зуба, что говорит о значимой деминерализации поверхности эмали из-за низкой pH растворов от 2,8–3,2 pH.

Клинические исследования проводили с 1%-ным раствором NaF, который апплицировали на поверхность 21|12 зубов на 10 секунд. Результаты полностью соответствовали экспериментальным исследованиям, но результат сохранялся в течении 10–20 минут, в зависимости от исходного состояния, после чего возвращался к исходному уровню.

При нанесении на поверхность 21|12 зубов пищевых растворов Coca-Cola, яблочного и апельсинового соков в 100% случаев отмечали полное смачивание поверхности зуба дистиллированной водой, а через 5 минут гидрофобность эмали возвращалась к исходному значению.

Таким образом, проведенные исследования показали высокую чувствительность неинвазивного метода и возможность его применения в клинической практике для изучения минерализации поверхности эмали.

Выводы:

- Предложенный метод диагностики минерализации поверхности эмали прост в исполнении и не требует значительных затрат.
- Метод является высокочувствительным и неинвазивным, что позволяет его многократное применение у всех категорий граждан, в том числе и детей.
- Метод позволяет изучать в динамике скорость минерализации эмали, эффективность применения лечебных препаратов, что особенно важно у детей и подростков.
- С помощью предложенного метода можно на ранних стадиях диагностировать нарушение минерального состава ротовой жидкости и т.д.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Медведева А.В., Ткаченко Т.Б.

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

Введение. Одним из осложнений лечения онкологических заболеваний является химиотерапевтически-индуцированное поражение слизистой оболочки полости рта – оральный мукозит. В патогенезе мукозита отдельно выделяется механизм непрямого стоматотоксичности, в связи с чем становится возможной инвазия условно-патогенной микрофлоры через поврежденную слизистую оболочку. Данный фактор обуславливает важность правильной гигиены полости рта пациентов для сохранения здоровья и предупреждения осложнений химиотерапии в полости рта.

Цель: оценить стоматологический статус и уровень гигиены полости рта у детей на фоне проводимой химиотерапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось у пациентов в возрасте от 2 до 17 лет, находящихся на лечении в научно-исследовательском институте детской онкологии, гематологии и трансплантологии имени Р.М. Горбачевой. Всего было осмотрено 20 пациентов с диагнозами: нейробластома, лейкоз, лимфома, медуллобластома, болезнь Вильсона, опухоль головного мозга, герминогенная опухоль, рабдомиосаркома, остеогенная саркома. Всем пациентам было предложено анкетирование, включающее в себя 20 вопросов по гигиене полости рта. Проводили комплексный стоматологический осмотр полости рта с использованием одноразовых стоматологических инструментов. Оценивали гигиену полости рта с использованием индекса гигиены Кузьминой Э.М. Анализ микрофлоры полости рта выполняли методом масс-спектрометрической идентификации микроорганизмов.

Результаты. В ходе анкетирования было установлено, что пациенты не обладают достаточным уровнем знаний по гигиене полости рта. 50% обследуемых не были санированы перед началом химиотерапии. У 15% пациентов была определена средняя степень активности кариеса зубов, а у 40% пациентов – высокая. В ходе обследования у 45% пациентов был выявлен мукозит полости рта, при этом 40% сталкивались с мукозитом ранее. У 85% пациентов индекс гигиены полости рта оценивался как плохой или удовлетворительный.

Выводы. Продемонстрированные результаты исследования иллюстрируют необходимость внимания стоматологов к проблеме здоровья полости рта у пациентов детского возраста с онкологическими заболеваниями.

МОРФОЛОГИЯ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПЛОДА ПРИ ТОКСИКОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Морозов С., Решетникова О.

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

ФГАОУ ВО БФУ им. Иммануила Канта, Калининград, Россия

Задачи и цели: адекватная секреторная функция слюнных желез важна для поддержания гомеостаза ротовой полости, а изменения состава слюны является одним из факторов развития кариозного процесса. Целью данного исследования было изучение морфологии околоушной слюнной железы плода при токсикозе беременных.

Методы исследования: исследованы 20 околоушных слюнных желез плодов 18–22 недель гестации после самопроизвольных абортов при беременности, осложненной токсикозом (основная группа), а также 15 околоушных слюнных желез плодов того же гестационного возраста после прерывания беременности по социально-психологическим причинам (контрольная группа).

Гистологическое исследование: препараты были окрашены гематоксилин-эозином, после окрашивания препаратов проводилась морфометрия и статистический анализ.

Результаты: в паренхиме околоушных слюнных желез основной группы были выявлены морфологические признаки задержки дифференцировки ацинусов и внутридольковых протоков. Также были выявлены дистрофические изменения в паренхиме больших слюнных желез.

Морфометрическое исследование выявило уменьшение доли паренхиматозных элементов, снижение количества кровеносных сосудов, а также снижение индекса паренхима/стромы. Объемная доля соединительной ткани в околоушных железах увеличилась.

Заключение: результаты данного исследования свидетельствуют о структурных нарушениях развития околоушных слюнных желез в антенатальном периоде развития при токсикозе беременных. Эти изменения, вероятно, вызывают функциональные нарушения в деятельности слюнных желез и могут способствовать развитию патологии полости рта в детском возрасте и в дальнейшей жизни.

ВЫБОР МАТЕРИАЛА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КУЛЬТИ РАЗРУШЕННОГО ЗУБА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Осипова В.А., Маслова Т.В.

*Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
ФГБОУ ВО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Часто встречающаяся причина невозможности протезирования зубов – это сильно разрушенная коронковая часть зуба. К важным аспектам восстановления культы зуба пломбирочными материалами относят хорошее краевое прилегание реставрации и адгезивное соединение ее с твердыми тканями, что в совокупности положительно влияет на прочность и срок службы восстановленного зуба. К материалам, применяемым для восстановления культы зуба, относятся: композитные материалы и стеклоиономерные материалы и их вариации (полимерные стеклоиономерные материалы, компомеры, керамометаллы, металло-модифицированные стеклоиономерные материалы). Нами было проведено сравнение основных материалов по их свойствам, таким как кариостатичность, сцепление с зубом, прочность на сжатие, прочность на изгиб, прочность на растяжение, коэффициент терморасширения, термодиффузивность, стабильность размеров.

Свойства стеклоиономерных материалов, которые позволяют считать их многообещающими материалами для восстановления культы зуба: их адгезия с дентином и эмалью; выделение фторида; коэффициент термического расширения сходен с таковым показателем, свойственным самому зубу; восстановление культы зуба и препарирование под искусственную коронку проводятся за одно посещение. Но неудобство этих материалов – это: низкие показатели прочности на растяжение и изгиб; роль воды в реакции отверждения. Полимерные стеклоиономерные материалы имеют лучшие физические свойства по сравнению с обычными материалами этого класса. Примеси воды в процессе реакции отверждения изменяют цвет, увеличивают шероховатость поверхности, необратимо влияют на прочность и приводят к изменению объема. Чтобы дать возможность «созревания», рекомендуется осуществлять препарирование под искусственную коронку минимум через 24 часа после восстановления культы зуба. Увеличение объема вследствие поглощения воды может привести к перелому цельно-керамической коронки. Хотя стеклоиономерные материалы часто применяются для восстановления культы зуба, их считают слишком непрочными для применения в этом качестве. Для восстановления культы зуба могут быть использованы композитные материалы. Они популярны в этом качестве из-за эстетики, возможности восстановить культу зуба и препарировать зуб под искусственную коронку за одно посещение, а также из-за надежного показателя адгезии (11–28 МПа) при применении в сочетании с бондинг-агентом для дентина. Композитные материалы по своей прочности на сжатие сопоставимы с амальгамой, но превосходят ее по прочности на растяжение и на изгиб. Напряжения, воздействующие на зуб из-за сокращения объема материала вследствие полимеризации, могут увеличить риск краевого подтекания, повышенной чувствительности, вторичного кариеса и в некоторых случаях, искривления или перелома бугорков зуба, восстановленного с помощью культевого материала. Композитная реставрация, выполненная из единого большого количества материала, увеличивает эти напряжения. Композитные материалы зачастую бывают непрозрачными, что дополнительно уменьшает возможность проникновения света. По этой причине на рынке также имеются композитные материалы химического отверждения.

Выводы. При большом разнообразии материалов для восстановления культы зуба, представленных на рынке, нет материала, соответствующего всем требованиям «идеального» культевого материала. Зачастую наиболее важным критерием, определяющим выбор материала, является личный выбор врача-стоматолога, учитывающий свойства того или иного материала при работе с ним.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ 3D-МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Осипова И.И., Косач С.А.

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

Введение. Аномалии зубочелюстной системы занимают одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой области. В настоящее время диагностике аномалий зубочелюстной системы уделяется все больше внимания, развиваются не только классические методы, но появляются и новые, связанные с развитием современных цифровых технологий. Одним из них является 3D-моделирование, используя которое можно отказаться от методов старого образца в пользу новых, например, использования внутри ротового 3D-сканера для создания 3D-моделей челюстей на компьютере. Данный способ более удобен как для пациента, так и для врача. Пациент проводит меньше времени в стоматологическом кресле, ему не приходится сталкиваться с такими побочными явлениями, как сухость во рту, рвотный рефлекс, а также возможное развитие токсико-аллергических реакций на оттисковой материал. Для врача же процесс упрощается, так как не нужно изготавливать гипсовые модели.

Цель: провести сравнение точности цифровых и физических измерений, их удобства, выявить преимущества и недостатки составления плана лечения с использованием программы Meshmixer.

Материалы и методы. Для исследования были выбраны 7 антропометрических методов измерения диагностических моделей ортодонтического пациента: метод Нансе, метод Тона, метод Пона, метод Коркхауза, метод Герлаха, а также расчет по Болтону. Данные методы были применены для расчета как на физических моделях, так и на 3D-моделях верхней (ВЧ) и нижней челюсти (НЧ). Модели были получены на сканере iTero. Каждая модель представляет собой STL-файл.

Результаты. Исследования показали, что инструмент Units/Dimensions, располагающийся в разделе Analysis, является наиболее подходящим инструментом для антропометрии и изучения моделей челюстей. Он удобен в использовании, точки измерений при использовании данного инструмента представляются вручную, что позволяет достичь наиболее точных результатов. Еще одним инструментом, использованным в данном исследовании, является инструмент Add Tube, находящийся в режиме Edit. С помощью этого инструмента были построены дополнительные объекты для подсчетов. Данный инструмент является незаменимым для расчетов таких методов, как метод Коркхауза. Также было доказано, что при расчете виртуальных и физических моделей показатели одинаковы, однако измерения виртуальной модели более точные и имеют меньшую погрешность, чем измерения на физической модели.

Вывод. Цифровые технологии не стоят на месте, вместе с ними развиваются и методы диагностики в ортодонтии. 3D-моделирование значительно облегчает и сокращает процесс антропометрической диагностики, так как нет нужды в снятии оттисков классическим способом и отливки моделей вручную. Возможность перемещать модель в трехмерном пространстве, а также ненужность в ручном подсчете всех показателей значительно упростила и ускорила процесс измерений. Таким образом, можно утверждать, что, прибегнув к сканированию, мы можем, не загружая пациента неприятными снятиями оттиска и избегая его деформации, получить те же результаты, что и при работе в ручном режиме.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Попова Е.И.

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

Травма зубов преобладает в детском возрасте и составляет 5% всех травм с возрастным пиком повреждения 2–4 года во временном прикусе и 8–11 лет в постоянном прикусе. Большинство травм зубов во временном и постоянном прикусе затрагивают центральные резцы верхней челюсти. Мальчики травмируются в два раза чаще девочек.

Грамотно и своевременно оказанная неотложная помощь при травме зубов способствует снижению рисков осложнения со стороны сосудисто-нервного пучка и периодонтальной связки, улучшает долгосрочный прогноз зуба, сокращает реабилитационный период. Особенностью реабилитации детей до 20 лет является отсутствие возможности проведения имплантации. Поэтому первостепенной задачей при травме постоянного зуба на любой стадии развития корня у ребенка является сохранение его в лунке, по возможности витальным, для временной или постоянной эстетической реабилитации пациента. В случае возникновения заместительной резорбции, например при полном вывихе (вследствие пересыхания корня), целью отсроченной реплантации будет сохранение вертикального уровня кости для проведения имплантологического лечения в будущем, так как по данным статистики Международной ассоциации дентальной травмы процессы резорбции в детском возрасте приводят к потере анкилозированных зубов в течение 1–5 лет.

Неосложненный перелом коронки наиболее часто встречается в постоянном прикусе. Открытые дентинные каналцы могут стать входными воротами для бактериальной контаминации или диффузии токсинов бактерий в ткани пульпы, что приведет к развитию пульпита. Поэтому важно в кратчайшие сроки с момента травмы создать герметизм «дентинной раны» собственным фрагментом зуба, прямой композитной реставрацией или временным пломбирочным материалом.

При осложненном переломе коронки неотложное или отсроченное лечение заключается в прямом покрытии пульпы, поверхностной или частичной пульпотомии. Выбор методики будет зависеть от времени, прошедшем с момента травмы. Материалом выбора для проведения данных методик служит минерал триоксид агрегат (МТА), который, как доказано, приводит к формированию дентинного мостика более чем в 90% случаев.

Неотложной помощью при вывихах и переломе корня будет оптимальная репозиция и иммобилизация в кратчайшие сроки с момента травмы. При вывихах используют полужесткий тип шинирования сроком от 2 до 6 недель в зависимости от вида вывиха. При переломе корня применяют жесткое шинирование сроком до 3–4 месяцев. При всех видах вывихов риск некроза сосудисто-нервного пучка при сформированном корне колеблется от 57% при экстрозивном вывихе и до 100% при вколоченном вывихе. Принимая во внимание данную статистику, необходимо начать эндодонтическое лечение в зубах со сформированным корнем не позднее двух недель с момента травмы. В зубах с несформированным корнем возможен вариант реваскуляризации с последующим ростом корня в длину или облитерацией корневого канала. Но необходим постоянный контроль за состоянием пульпы для профилактики развития инфекционно-воспалительных осложнений.

При интрузии зуба с несформированным корнем возможно репрорезывание, и когда это происходит, исход лечения наиболее благоприятен. Если в течение трех недель движение зуба не отмечается, рекомендуется быстрая ортодонтическая репозиция. В сформированных зубах хирургическую или ортодонтическую репозицию проводят в кратчайшие сроки с момента травмы. Затем необходимо провести эндодонтическое лечение в профилактических целях.

Наиболее важными факторами, влияющими на раневой процесс при переломе корня, являются стадия развития корня на момент травмы и степень первичного смещения (вывиха) коронального фрагмента. При значительном смещении коронального фрагмента рекомендовано начать эндодонтическое лечение. При переломе корня в средней и апекальной трети эндодонтическое лечение проводится только коронального фрагмента.

При авульсии исход лечения в значительной степени зависит от продолжительности экстраальвеолярного периода и используемой среды хранения зуба. Неотложной помощью будет немедленная или отсроченная реплантация зуба в лунку и шинирование. Реваскуляризация может произойти в зубах с незавершенным формированием корня, если экстраальвеолярное время не более 5 минут, т.е. выполнена немедленная реплантация, а длина пульпы около 17 мм (I–II стадия формирования корня). В зубах с сформированным корнем прогноз для пульпы неблагоприятный, поэтому выполняется плановое эндодонтическое лечение в течение 7–10 дней после реплантации. Если проведена немедленная реплантация зуба (менее 60 минут), то выполняется полужесткий тип шинирования сроком на 2 недели, именно столько времени необходимо для частичного восстановления периодонтальной связки. Если реплантация была в отсроченном периоде (более 60 минут), тогда следует выполнить жесткий тип шинирования и увеличить срок до 4–6 недель. Это связано с полной гибелью периодонтальной связки зуба, в результате чего произойдет прогрессирующая резорбция корня зуба. Мы заведомо вызываем развитие анкилоза в данной ситуации, чтобы до 14 лет у мальчиков и до 12 лет у девочек, т.е. до пубертатного скачка роста, можно было применить метод декоронации, который даст возможность сохранить и поддержать рост альвеолярного отростка в сегменте.

Лечение травм молочных зубов отличается от лечения постоянных зубов. Основными критериями для выбора метода лечения будет уровень коммуникации с ребенком и риск повреждения зачатка постоянного зуба при развитии осложнений. Таким образом, при переломе корня со смещением коронального фрагмента методом выбора является экстракция только этого фрагмента. Апикальный фрагмент можно оставить для физиологической резорбции. При всех видах вывиха с тяжелой формой смещения показано удаление зуба. При авульсии реплантация молочных зубов не проводится. При потере зуба раньше физиологической смены требуется профилактическое ортодонтическое лечение. При переломе коронки временного зуба тактика лечения совпадает с тактикой лечения постоянных зубов, при условии хорошей кооперации со стороны ребенка.

Дентальная травма – это ситуация, которая требует командной работы. С грамотно собранной информацией административного звена, обследования пациента и оказания неотложной помощи детским стоматологом, терапевтом, хирургом до подключения на дальнейших этапах гигиениста, эндодонтиста, ортодонта и ортопеда. Только комплексный подход к проблеме дентальной травмы позволит добиться максимальных результатов в реабилитации пациента.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА AQUASPLINT ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИСТИННОГО ПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПОДРОСТКОВ

Прохорова В.В., Солдатов Л.Н.

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

Введение. В настоящее время встречаемость патологии прикуса у подростков, по данным различных авторов, варьирует от 50 до 80%. Изменения ритма жизни современных детей привело к увели-

чению проявления сопутствующих признаков мышечно-суставной дисфункции. Чаще всего развитие данной патологии связано с окклюзионными взаимоотношениями зубов, наклоном окклюзионной плоскости и/или функциональным смещением нижней челюсти. Тем более в этом возрасте у пациентов впервые могут появляться неприятные ощущения в области ВНЧС. При проведении диагностики патологии прикуса важно точно определить правильное положение нижней челюсти для составления плана дальнейшего ортодонтического лечения. Правильная диагностика позволит избежать в будущем проблем с ВНЧС и повторного ортодонтического лечения. Рентгенологические методы обследования позволяют определить только факт наличия смещения нижней челюсти и наклона окклюзионной плоскости, однако не предоставляют возможность выявить истинное положение нижней челюсти. Применение съемных конструкций постоянного ношения вызывает затруднение при насыщенном ритме жизни и социальной активности современных подростков.

Цель исследования: оценить эффективность применения аппарата Aquasplint для диагностики истинного положения нижней челюсти при наличии признаков мышечно-суставной дисфункции у подростков.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 28 подростков в возрасте от 12 до 17 лет с постоянным прикусом. У всех обследованных имелись зубочелюстные аномалии различной степени тяжести. У 11 (39%) подростков были обнаружены признаки мышечно-суставной дисфункции: наличие щелчков в суставе, нарушение траектории движений нижней челюсти, ее девиация или дефлексия, болезненная пальпация жевательных мышц. В полости рта наблюдались: наклон окклюзионной плоскости, смещение средней линии, ретрузионное положение верхних резцов, перекрестное соотношение в области группы зубов или отдельных зубов. Данным пациентам было рекомендовано ношение съемного внутриротового аппарата Aquasplint для истинного позиционирования нижней челюсти в пространстве и уменьшения признаков мышечно-суставной дисфункции. Аппарат рекомендовали носить в течение 2 месяцев для ночного ношения и по 2–4 часа днем. На контрольные осмотры пациенты были приглашены через 2 недели и 1 месяц.

Результаты. По данным опроса все подростки, кому было рекомендовано ношение аппарата, пользовались аппаратом Aquasplint по указанному графику. Пациенты отмечали комфорт при ношении и удобство использования аппарата. У 9 (81,8%) человек спустя 2 месяца отмечалось изменение положения нижней челюсти, отсутствовали признаки мышечно-суставной дисфункции: открывание рта без девиации, движение головок сустава плавное, пальпация жевательных мышц безболезненная. В полости рта определялся первичный контакт на одном зубе или группе зубов, который вызывал блокирование и функциональное смещение нижней челюсти. У 2 (18,2%) пациентов во время контрольного осмотра обнаружили деформацию и нарушение целостности подушек Aquasplint, таким образом, результаты применения аппарата считали недействительными.

Выводы. Таким образом, аппарат Aquasplint показал свою эффективность для диагностики истинного положения нижней челюсти при наличии признаков мышечно-суставной дисфункции у подростков. У подростков не возникало чувство дискомфорта, связанного с режимом ношением аппарата и изменением окклюзионных взаимоотношений.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Ратникова А.А., Шевелева Н.Ю.

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

Введение: по данным Всемирной организации здравоохранения, с каждым годом увеличивается количество детей, имеющих ограниченные возможности. Наибольший процент среди заболеваний приходится на детский церебральный паралич, эпилепсию, нарушения слуха и зрения. На основную патологию накладываются сопутствующие болезни, в том числе и те, которые носят стоматологический характер. Родители больных детей в основном озадачены лечением основной патологии, забывая о состоянии полости рта ребенка. Для пациентов, имеющих инвалидизирующую патологию, свойственна плохая или неудовлетворительная индивидуальная гигиена полости рта по причине особенностей стоматологического статуса и нехватки мануальных навыков у пациентов. Одним из основных направлений в работе с детьми-инвалидами и их родителями является санитарно-гигиеническое просвещение. Для родителей проводят беседы, дискуссии, семинары, лекции на тему важности чистки зубов и правил ее проведения. При работе с детьми, имеющими ограниченные возможности, необходимо прибегать к помощи педагогов или воспитателей для проведения «Уроков гигиены», чтобы содружественно показать детям, как важно правильно ухаживать за полостью рта и стимулировать их к выполнению гигиенических процедур.

Цель: на основании собственных исследований изучить особенности гигиенического статуса у детей с ограниченными возможностями.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ случайных выборок «Медицинских карт стоматологического больного» детей с ограниченными возможностями. МКСБ были предоставлены детским отделением Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Стоматологической поликлиникой Ейского района» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Было проанализировано 30 МКСБ детей-инвалидов в количестве 10 девочек и 20 мальчиков, в возрасте от 7 до 15 лет, проживающих в специализированных учреждениях – 10 чел. и в домашних условиях – 20 чел. Исследуемая группа детей имела следующие диагнозы: ДЦП – 16 чел.; эпилепсия – 6 чел.; нарушение слуха – 4 чел.; нарушение зрения – 4 чел. В МКСБ оценивали наличие информации о: уровне гигиены полости рта; проведенных «уроках гигиены»; проведении профессиональной гигиены полости рта; индексе, отражающем интенсивность поражения кариесом (КПУ, КПУ+ кп); месте проживания.

Результаты: согласно полученным данным в исследуемой группе преобладает удовлетворительный уровень гигиены полости рта. Дети с ДЦП (37,5%) и эпилепсией (66,7%) чаще имели удовлетворительную гигиену полости рта, пациенты с нарушением зрения (75%) в большем проценте случаев имели неудовлетворительный показатель.

Результаты исследования показали, что ни в одном случае в исследуемой группе не была указана информация о проведенных «уроках гигиены».

Согласно результатам работы, наиболее часто в МКСБ исследуемой группы информация о проведении профессиональной гигиены полости рта не была указана. В преобладающем числе случаев отметка встречалась у детей, страдающих ДЦП (71,4%). Информация не была указана ни в одной из МКСБ детей с нарушением зрения (0%).

В ходе исследования было выявлено, что средний показатель интенсивности кариеса самый высокий у детей, страдающих нарушением зрения (3,8), а самый низкий у детей с эпилепсией (2,67). Несмотря на то, что в исследуемой группе уроки гигиены и профессиональная гигиена полости рта не проводились

в должном объеме, но уровень интенсивности кариеса во всех группах находился на среднем уровне, возник вопрос о причине полученного результата. Нами был направлен образец питьевой воды в Ейский филиал Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае». В ходе количественного химического анализа было установлено, что содержание фторидов в питьевой воде равняется $1,95 \text{ мг/дм}^3$ при величине допустимого уровня более 1 мг/дм^3 и не более $1,2 \text{ мг/дм}^3$, что говорит о значительном превышении допустимой нормы.

Результаты работы показали, что дети, проживающие в домашних условиях, преимущественно имели удовлетворительный уровень гигиены полости рта. Дети, проживающие в интернате, в большем проценте случаев имели неудовлетворительный показатель.

Выводы: в исследуемой группе неудовлетворительный уровень индивидуальной гигиены полости рта в преобладающем числе имели дети с нарушением зрения. В ходе работы было установлено, что дети с ограниченными возможностями имели средний показатель интенсивности кариеса. В ходе исследования была определена зависимость уровня индивидуальной гигиены и условий места проживания: дети, проживающие в домашних условиях, имели лучше уровень индивидуальной гигиены, чем дети, проживающие в интернате.

ИННОВАЦИОННОЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА И ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.

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

Профилактика кариеса зубов, а также деминерализации твердых тканей является актуальной проблемой стоматологии. Особое внимание в последние годы уделяется профилактике и устранению деминерализации твердых тканей зубов у детей, подростков и взрослых в период активного ортодонтического лечения.

Отечественной фармацевтической компанией ООО «ВЕРТЕКС» на основе биомиметического гидроксипатита (БГАП) создан специальный гель «Асепта», позволяющий реализовать цели профилактической стоматологии по предупреждению деминерализации твердых тканей зубов и развитию кариеса, а также позволяющий осуществлять реминерализацию деминерализованной эмали, в том числе при ортодонтическом лечении зубочелюстных аномалий с применением несъемной эдждайс-техники.

Отметим, что термин «биомиметический» обозначает происхождение материалов, подчеркивает биологический метод их производства, что характеризует их структуру и функции с целью синтеза идентичных продуктов, повторяющих натуральные. В зарубежной литературе отмечается, что БГАП отличается от стехиометрического ГАП и других продуктов на основе фосфата кальция, используемых для средств по уходу за полостью рта не только кинетикой высвобождения активных ионов, но и способностью к адгезии, совместимостью с твердыми тканями зуба, а также механизмом действия и эффективностью (N.F. Lepora, P. Verschure, T.J. Prescott, 2013). Отмечается, что БГАП имея шероховатую и пористую поверхность облегчает его соединение с физиологическими субстратами, а именно биопленкой зуба, а также зонами повреждения его твердых тканей, демонстрируя при этом высокую химическую активность, выражающуюся в высвобождении ионов, а также гидратации поверхности, в отличие от стехиометрического гидроксипатита.

Первый опыт клинических исследований, проведенных с гелем «Асепта» при его двухразовом применении в течение дня продолжительностью 2 минуты, за каждую процедуру показал его эффективность при гиперестезии зубов у взрослых людей разных возрастных групп, а также в устранении очагов деминерализации эмали, в том числе у лиц, использующих несъемную ортодонтическую аппаратуру. Проведенные исследования по изменению химического состава твердых тканей зубов при применении реминерализующего геля «Асепта» с помощью микросондового анализа, а также использование ТЭР-теста и аппаратного метода диагностики и устранения очагов деминерализации с помощью Estus-LED-Alladin Multicolor с дополнительной насадкой LED-Orang, действие которого основано на транслюминации (Геософт, Россия) показали высокую эффективность реминерализующего геля «Асепта».

Таким образом, для нормализации значений Са/P – коэффициента в эмали зубов пациентов различного возраста регулярное использование реминерализующего геля «Асепта» в течение шести недель позволяет нормализовать химический состав твердых тканей, устранить деминерализацию твердых тканей зуба и на ранних сроках купировать явления повышенной чувствительности зубов к различным раздражителям.

УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП О ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА

Тегза Н.В., Швецов М.М., Добрякова Т.В.

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ВМедА им С.М. Кирова Минобороны России, СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», Санкт-Петербург; ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия

Актуальность. Основные стоматологические заболевания – кариес зубов и болезни пародонта – являются самыми распространенными и поражают 90% пациентов, что требует больших материальных затрат на их лечение, а также снижает качество жизни и уровень здоровья.

Одним из важных звеньев в осуществлении мероприятий по первичной профилактике основных заболеваний полости рта является гигиеническое воспитание населения и санитарно-просветительная работа.

Осведомленность населения о стоматологических заболеваниях и о методах их профилактики, умение каждого пациента ежедневно и главное правильно ухаживать за полостью рта с помощью грамотно подобранных индивидуальных средств гигиены, играют важную роль в сохранении стоматологического здоровья.

Ключевые слова: кариес зубов, первичная профилактика, пародонт, чистка зубов, санитарно-просветительная работа.

Цель исследования. Изучить санитарно-гигиенические знания пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование 617 пациентов в возрасте от 7 до 25 лет. Участники опроса были разделены на 4 возрастные группы.

I группа (7–10 лет) общее количество 231 человек. II группа (11–14 лет) в количестве 119 человек. III группа (15–17 лет) – 175 человек. IV группа (18–25 лет) – 92 человека.

Анкеты включали в себя вопросы: о навыках чистки зубов, о знаниях средств гигиены для полости рта, о вредных привычках, о нахождении пациентов на ортодонтическом лечении.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного анализа результатов анкетирования мы получили следующие данные:

- На вопрос «Сколько раз в день Вы чистите зубы?» 92% опрошенных IV группы ответили, что 2 раза в день (утром и вечером).

- 60% пациентов I группы и 62% II чистят зубы в течение 2–3 минут.

- Вертикальные (подметающие), горизонтальные и круговые движения во время чистки зубов совершают 56% участников III группы, а 31% применяет только горизонтальные движения (вперед – назад, вправо – влево).

- Практически равное количество опрошенных всех групп (77, 70, 78, 81%) отдают предпочтение механической зубной щетке, оставшиеся участники используют электрическую (23, 30, 22, 19%).

- К сожалению, пациенты I, II и III групп плохо осведомлены о необходимости своевременной замены зубной щетки на новую (4 раза в год).

- На вопрос «Как часто Вы посещаете врача-стоматолога?» мнения младших возрастных групп оказались схожи: 1 раз в несколько лет (23, 27, 27%), 1 раз в год (46,5, 37, 41%), 2 и более раз в год (30,5, 36, 32%). Старшая возрастная группа оказалась более осведомленной в этом вопросе (57% посещают врача-стоматолога 2 и более раз в год).

Вредные привычки у себя не отмечают 73 и 69% опрошенных III и IV групп. Из указанных в анкетах вредных привычек преобладают табакокурение (15 и 18%) и курение электронных сигарет (11 и 64%).

Выводы. Проведя анкетирование, были выявлены пробелы в санитарно-гигиенических знаниях наших пациентов, что отражается на здоровье их зубов и тканей пародонта. На наш взгляд, необходимо сделать акцент в санитарно-просветительной работе именно на этих вопросах: кратность замены зубной щетки, частота посещения врача-стоматолога, недопустимость вредных привычек особенно в молодом возрасте, которые губительно влияют на здоровья полости рта. Не стоит забывать, что именно профилактика стоматологических заболеваний является главной задачей стоматологов.

МЕТОДИКА ВНУТРИРОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

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

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

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 обзор 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**I. Подготовительный этап:**

1. Ввести логин/пароль в системе iTero.
2. Выбрать нужного пациента или создать нового.
3. Создать кейс в формате iRecord (модель без основания) или iCast (модель с основанием).
4. (Опционально) указать наличие брекетов (Braces present).
5. (Опционально) указать (Multi-Bite) – при регистрации не только привычной окклюзии.

II. Сканирование:

1. Верхняя челюсть:
 - a. Сканирование окклюзионных поверхностей зубов.
 - b. Сканирование вестибулярной поверхности зубов.
 - c. Сканирование нёбных поверхностей зубов.

2. Нижняя челюсть:

- a. Сканирование окклюзионных поверхностей зубов.
- b. Сканирование вестибулярной поверхности зубов.
- c. Сканирование язычных поверхностей зубов.

3. Регистрация прикуса:

- a. Челюсти сомкнуты – сканирование в области 4-5-6 зубов слева.
- b. Челюсти сомкнуты – сканирование в области 4-5-6 зубов справа.
- c. При необходимости – регистрация в других соотношениях зубных дуг.

III. Корректировка:

- a. Инструмент «Резинка» позволяет переснять области.
- b. Инструмент «Ножницы» позволяет удалить артефакты.

IV. Завершение сканирования.

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

ГЕОМЕТРИЯ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ В ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ

Фадеев Р.А., Тимченко В.В.

ЧОУ СПБИНСТОМ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Первоначально исследование размеров и формы шейных позвонков с целью определения скелетного возраста было описано в магистерской диссертации Lamparski еще в далеком 1972 году. Этот метод получил широкое распространение среди ортодонтонтов, так как для его проведения используется боковая телерентгенограмма – тот вид рентгеновского снимка, который назначается всем ортодонтическим пациентам.

Кроме определения костного возраста по морфологии шейных позвонков, проводятся исследования, ищущие возможную взаимосвязь шейного отдела позвоночника с различными зубочелюстными аномалиями, например с аномалиями в сагиттальной плоскости или сужением верхней челюсти. Статьи, посвященные данной тематике, можно найти в различных медицинских журналах.

Материалы и методы. Целью нашего исследования явился поиск возможного цефалометрического маркера роста лица по данным профильных телерентгенограмм. Мы поставили перед собой задачу проанализировать взаимосвязь между размерами 3-го (С3) и 4-го (С4) шейных позвонков и типов роста лица, значением межжапикального угла (угол ANB) и возрастом детей и подростков. Для этого мы определили переднюю и заднюю высоту позвонком, соотношение этих величин, а также глубину вогнутости нижнего края позвонков в выбранных группах пациентов.

Выводы. У пациентов с завершенным активным периодом роста были получены близкие по значениям размеры **3-го (С3) и 4-го (С4) шейных позвонков**, вне зависимости от типа роста и значений межжапикального угла (угла ANB). Различия в данном случае можно объяснить особенностями конституции пациентов.

У детей и подростков с возрастом увеличивается процентное соотношение передней и задней величины позвонков, достигая величин 86–90% по завершению активного роста.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕЗЫГОЛЬНЫХ ИНЪЕКТОРОВ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фархуллин А.И., Акопян А.А.

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

Одной из задач современной стоматологии является лечение пациентов с минимальным дискомфортом, поэтому местная анестезия играет ключевую роль в оказании качественной стоматологической помощи. Несмотря на то, что 98% всех стоматологических вмешательств требуют выполнения местной анестезии, ожидание боли перед введением местных анестетиков у пациента обычно вызывает тревогу и страх. Дети отличаются более ярким восприятием звуков бормашины, новых для них инструментов и в особенности острых принадлежностей.

Наиболее распространенным методом обезболивания является традиционная анестезия с использованием шприцов и игл, которые были разработаны более 100 лет назад Куком. При использовании инъекционной анестезии происходит механическая травма слизистой оболочки полости рта, при этом пациент испытывает болевые ощущения еще до введения самого анестетика. Дополнительно могут возникнуть интра- и послеоперационные осложнения. Поэтому дискомфорт, который испытывает па-

циент, а также риски осложнений во время проведения анестезии остаются проблемой современной стоматологии. Одним из путей решения данной проблемы является внедрение безыгольных инъекторов в стоматологическую практику, что позволит проводить более комфортное лечение.

Механизм действия инъектора основан на создании давления, достаточного для проникновения раствора анестетика через отверстие прибора. Преимуществами инъекторов являются: отсутствие иглы, локальное действие, более быстрое наступление анестезии (0–90 сек), короткая продолжительность онемения мягких тканей, они не вызывают страх у пациента и не травмируют ткани по сравнению с традиционной инъекционной анестезией. К недостаткам относят: использование специальной ампулы для введения препарата, необходимость специального обучения по проведению безыгольной анестезии.

Применение безыгольных инъекторов в детской стоматологии в первую очередь актуально для стабилизации психоэмоционального состояния у ребенка во время инъекции.

СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ФОРМОЙ АРТРОГРИПОЗА

Фархуллина А.С., Фархуллин А.И.

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

Артрогрипоз относится к группе врожденных непрогрессирующих состояний, характеризующихся контрактурами двух и более суставов несмежных областей. Этиология развития артрогрипоза может носить как генетический, так и экзогенный характер. Частота встречаемости патологии по данным зарубежных авторов составляет примерно 1:3000 новорожденных.

При дистальной форме артрогрипоза наблюдаются деформации кистей и стоп, которые в некоторых случаях сочетаются с патологией крупных суставов конечностей. У многих пациентов присутствуют нарушения в строении челюстно-лицевого аппарата.

Цель исследования: Оценить состояние челюстно-лицевой области, выявить анатомические и функциональные нарушения зубочелюстной системы у детей с дистальной формой артрогрипоза.

Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие 25 пациентов с дистальной формой артрогрипоза в возрастном диапазоне от 3 до 7 лет. Проведен анализ фотографий лиц, моделей челюстей, МСКТ лицевого отдела черепа и ЭМГ жевательных и мимических мышц.

Результаты и обсуждения. Проанализировав результаты исследования, было обнаружено, что в 100% случаев у пациентов с дистальной формой артрогрипоза, вне зависимости от возраста и пола, конфигурация лица была нарушена за счет недоразвития нижней трети в результате микрогнатии. При оценке прикуса была выявлена аномалия в форме дистальной окклюзии, нарушении положения зубов, отмечалась гипотония жевательных и мимических мышц. Функциональные нарушения со стороны мышц сопровождалась невозможностью собрать губы в трубочку, надуть щеки, широко улыбнуться. Помимо аномалий прикуса у детей с дистальной формой артрогрипоза часто встречались такие заболевания, как кариес и его осложнения, поражения пародонта, что связано с неспособностью многих пациентов с артрогрипозом осуществлять адекватный уход за полостью рта, а в некоторых случаях процесс чистки зубов затруднен в связи с ограничением открывания рта, которое было зарегистрировано у 20% пациентов.

У 70% исследованных пациентов еще в период новорожденности отмечалось нарушение функций сосания и глотания. К концу первого года жизни у этих пациентов появились затруднения с жеванием и

проглатыванием пищи. Данная патология связана с поражением периферических нервов. У всех пациентов наблюдалась задержка речевого развития. В связи с наличием такого комплекса стоматологических проблем нами был разработан план реабилитации: обучение матери в период новорожденности ребенка особенностям вскармливания, регулярная санация полости рта, ранняя ортодонтическая реабилитация, механотерапия для мышц, занятия с логопедом.

Заключение. Пациенты данной категории нуждаются в комплексном междисциплинарном реабилитационном подходе, который заключается в сотрудничестве специалистов разных дисциплин. Необходима помощь не только ортопедов, педиатров, специалистов по реабилитации, а также стоматологов и челюстно-лицевых хирургов. Таким образом, своевременная диагностика и профилактика зубочелюстных аномалий у пациентов с дистальной формой артрогрипоза позволит на ранних стадиях избежать формирование грубой деформации челюстно-лицевой области.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Федорова А.В., Солдатова Л.Н., Лунева Ю.А.

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

Введение. Развитие зубочелюстной системы на протяжении своего формирования подвергается динамическим изменениям под воздействием внутренних и внешних факторов. Форма зубочелюстных нарушений, выраженность, а также их обратимость зависит от времени начала действия, длительности, момента определения наличия неблагоприятного воздействия и возраста пациента.

В этой связи проведено обследование среди детей, проживающих в разных районах города Санкт-Петербурга, с целью выявления структуры наиболее часто встречающихся факторов, влияющих на развитие зубочелюстной системы и определения наличия сформировавшихся в связи с этим аномалий.

Цель исследования: изучить разнообразие факторов развития зубочелюстных аномалий среди детей и подростков в возрасте 5–14 лет в городе Санкт-Петербурге и Ленинградской области.

Материал и методы исследования. Обследовано 83 ребенка в возрасте от 5 до 14 лет.

Результаты и их обсуждение. У всех обследованных были выявлены зубочелюстные аномалии разной степени тяжести. В ходе осмотров у 68 (82%) человек из обследованных была обнаружена прямая этиопатогенетическая связь между фактором развития аномалии и наличием или началом формирования патологии зубочелюстной системы. Одной из целей обследования стало выявление взаимосвязи между формирующимися аномалиями зубочелюстной системы и имеющимися зафиксированными патологическими двигательными реакциями, аномалиями функций жевания и глотания, а также зафиксированными позотоническими рефлексамися, отражающимися в неправильном положении частей тела в покое.

В соответствии с классификацией вредных привычек по В.П. Окушко (1975) были выявлены вредные привычки сосания, относящиеся к I группе классификации, у 38 (56%) человек. Зафиксированные неправильно протекающие функции были обнаружены у 22 (32%) обследованных, при этом ротовое дыхание было выявлено в ходе осмотров у 16 (23%) человек, а парафункция языка у 6 (8,8%). Аномалии прикрепления уздечек обнаружены у 8 человек (11,8%).

Среди 15 (18%) обследованных не было обнаружено в ходе осмотра ведущего этиологического фактора развития аномалии зубочелюстной системы, что свидетельствует о необходимости более тщательного сбора анамнеза, а также исследования генетической предрасположенности.

Заключение. Высокая частота встречаемости факторов развития зубочелюстных аномалий обследованных лиц отражает низкий уровень организационных мероприятий, направленных на профилактику ортодонтической патологии. В связи с этим рекомендовано в ходе стоматологического осмотра при обнаружении этиологического фактора развития аномалии, демонстрировать его влияние как самому пациенту в доступной для его возраста форме, так и сопровождающему его взрослому, что позволит повысить кооперацию между врачом-пациентом-родителями.

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ, КАЧЕСТВЕННЫЙ СБОР АНАМНЕЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА И АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Хади Н.А., Голубева К.А.

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

Источники исследования показывают, что полное диагностическое обследование и качественный сбор анамнеза позволяет рассматривать пациента в целом. При проблемно-ориентированном подходе врачу-ортодонту удастся оценить каждый фактор, который может быть частью этиологии аномалии, может оказывать влияние на нее или на лечение. Информацию получает из соматического и стоматологического анамнеза, на основе клинического обследования (внешний осмотр, осмотр полости рта, пальпация мышц и височно-нижнечелюстного сустава), анализа фотографий, моделей челюстей и рентгенологических данных. После подробного анализа клинического случая составляется проблемный лист и формулируется диагноз, что служат основой для определения задач и составления плана лечения, который индивидуален для каждого пациента.

Цель исследования: определить тактику проведения комплексного диагностического и рентгенологического обследования, а затем всеобъемлющего анализа клинического случая.

Диагностика начинается с личного общения с пациентом, в процессе которого уделяется внимание таким аспектам, как основные жалобы, медицинский анамнез, стоматологический анамнез, анамнез болевых синдромов.

Далее проводится клинический функциональный анализ, позволяющий получить объективные данные о функциональном состоянии зубочелюстной системы и включающий в себя сравнительный анализ мышц, анализ движений, состояние ВНЧС, предварительные неврологические данные, клиническую диагностику окклюзии и артикуляции, окклюдозограмму.

После чего следует фотопротокол, снятие оттисков челюстей с последующим изготовлением комплексных диагностических моделей, рентгенологическое обследование и, наконец, анализ клинического случая, составление презентации и определение плана лечения.

Комплексная диагностика, проведенная по вышесказанным принципам, имеет ряд преимуществ, к которым относятся как возможность составления нескольких планов лечения, так и достоверно более высокие шансы успешного проведения повторной консультации с возможностью наглядно продемонстрировать сущность выявленных патологий и обосновать подходы к их разрешению.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Хапов А.А., Галкина Д.А.

ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ», Кызыл, Россия

Актуальность: заболевания пародонта у детей в условиях Крайнего севера – одна из проблем в стоматологической практике.

Цель: 1) Изучить национальные особенности питания в условиях Крайнего Севера;

2) обучить население правильной и своевременной гигиене полости рта;

3) актуализировать стоматологическую помощь в регионе.

Методы: динамическое наблюдение детей с заболеваниями пародонта в течение 1 года; визуальный осмотр полости рта; применение различных тактик лечения заболеваний пародонта.

Заключение: изучив особенности питания (малое разнообразие пищи (низкое количество витаминов, пробиотиков, клетчатки), раннее введение прикорма в виде мучных изделий, большое количество быстрых углеводов в питании детей) и особенности пародонта у детей, при наблюдении в клинической практике стоматолога и педиатра был сделан упор на профилактическую работу по проведению бесед с родителями о разнообразии пищи, обучению уходу за полостью рта детей и направленность на своевременное лечение стоматологических заболеваний.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИНИПЛАСТИН В КАЧЕСТВЕ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРНОЙ СИСТЕМЫ

Цыплакова Т.В., Солдатова Л.Н.

*ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, ООО «Академия Дент»,
ООО «Альфа-Дент», Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Ортодонтические миниимплантаты уже используются в качестве устройства для скелетной опоры в процессе ортодонтического лечения. Однако практикующие врачи нередко сталкиваются с проблемой стабильности миниимплантатов в костной ткани и, как следствие этого, потерей опоры. Поэтому стоит отметить, что использование миниимплантатов в некоторых клинических случаях может быть ограничено. Прежде всего это связано с анатомическими факторами, а также с качественными и количественными параметрами костной ткани.

Известно, что ношение несъемной ортодонтической аппаратуры неблагоприятно влияет на уровень гигиены полости рта. Связано это с тем, что при лечении на брекет-системе появляются нетипичные области скопления зубного налета. К таким участкам относятся сами брекететы, ортодонтические дуги, различные элементы для активного перемещения, в том числе и устройства для скелетного анкера – миниимплантаты и элементы якорных пластин. Низкий уровень прикрепленной десны качественно не влияет на первичную стабильность миниимплантата, так как были разработаны модифицированные конструкции, которые не имеют головной части, но не редко именно это привлекает такое осложнение, как воспаление тканей, а именно подвижной слизистой, окружающих рабочую часть миниимплантата. Данные факторы приводят врачей-клиницистов к возможности использования титановых якорных минипластин, которые являются опциональным выбором. Модифицированные минипластины зарекомендовали себя как надежные, стабильные устройства. Однако ввиду их массивности, процедура установки будет являться достаточно инвазивной.

Целью исследования явилось изучение практического применения титановых якорных минипластин и ортодонтических миниимплантатов при ортодонтическом лечении по данным литературы.

Материал и методы. Оценка функционирования миниимплантатов и минипластин проводилась у 12 пациентов в возрасте от 25 до 47 лет, которые обращались с целью коррекции аномалий окклюзии. Главным образом, проводилась оценка частоты осложнений при ортодонтическом лечении у пациентов с применением минипластин и миниимплантатов. В процессе исследования оценивали: основные конструктивные параметры минипластин и миниимплантатов; анатомические аспекты применения; вероятные осложнения при использовании якорных пластин и миниимплантатов; возможные факторы риска, влияющие на дезинтеграцию минипластин и миниимплантатов при использовании их в качестве скелетных опорных систем. Индекс гигиены полости рта и уровень воспаления тканей пародонта оценивался у всех пациентов, которым были установлены якорные пластины и миниимплантаты. Исследовался уровень гигиены до установки миниимплантатов и минипластин, затем через 3 месяца после установки и через 6 месяцев от момента установки.

Результаты и обсуждение. В целом, функционирование якорных пластин было более успешное в сравнении с миниимплантатами.

Всего было установлено 20 миниимплантатов и 7 титановых якорных пластин. Из них 4 минипластины и 8 миниимплантатов с целью закрытия сагиттальной щели путем ретракции передней группы зубов верхней челюсти, 8 миниимплантатов и 4 минипластины с целью коррекции глубины резцового перекрытия путем интрузирования переднего верхнего зубного сегмента и 1 пластины и 4 миниимплантата были установлены с целью ретракции передней группы зубов верхней челюсти.

Уровень дезинтеграции миниимплантатов составил 55% из них 4 миниимплантата потеряли стабильность вследствие особенностей анатомического строения костной ткани, 6 из-за неудовлетворительного уровня гигиены и 1 миниимплантат стал подвижен по причине предполагаемой гипоксии в совокупности с низким уровнем гигиены. Подвижность ортодонтических титановых пластин не была обнаружена в аналогичных анатомических областях при соответствующем уровне гигиены, с которым происходило сравнение.

Заключение. Титановые минипластины показали лучший результат стабильности в сравнении с миниимплантатами в процессе ортодонтического лечения при таких предрасполагающих факторах к дезинтеграции, как воспаление маргинальной десны, вследствие неудовлетворительного уровня гигиены и гипоксии слизистой, а также в анатомических областях с тонким типом кортикальной пластины. Результат применения миниимплантатов был зависим от всех исследуемых факторов, приводящих к нарушению их стабильности. Таким образом, при сравнении устройств для создания скелетной опорной системы, титановые якорные пластины могут стать альтернативным вариантом ортодонтическим миниимплантатам.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У ПЕДАГОГОВ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Шевелева Н.Ю., Гулиева А.Ю.

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

Актуальность исследования: исходя из результатов, полученных при эпидемиологическом исследовании ВОЗ, распространенность кариеса зубов среди детского населения во всем мире очень вы-

сока, причем наиболее значимыми факторами, влияющими на распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей, являются социально поведенческие факторы, которые обуславливают формирование правильных поведенческих привычек ребенка в отношении как к своему общему, так и к стоматологическому здоровью.

Цель: выявить уровень знаний о профилактике основных стоматологических заболеваний и уровень владения навыками профилактики этих заболеваний у педагогов начальных классов детей младшего школьного возраста с нейросенсорной тугоухостью.

Материалы и методы: объектом исследования были 94 ребенка младшего школьного возраста (7–8 лет) с разной степенью потери слуха, 18 педагогов начальных классов школы-интерната. В исследовании были применены: педагогический метод диагностики, направленный на выявления знаний, навыков и умений по уходу за ртом ребенка, метод структурированной беседы, анкетирование педагогов.

Результаты: педагоги сами отмечали недостаточность своих знаний о гигиене рта детей, отсутствие методических навыков профилактической работы с детьми. Что было подтверждено и полученным индексом гигиенических знаний Улитовского, показатели которого составили: у 65% свидетельствовали об удовлетворительном уровне гигиенических знаний и составил 2,65, а у 35% – 3,02, что говорит о хорошем уровне гигиенических знаний.

При анкетировании педагогов начальных классов (18 респондентов) было установлено, что, по мнению педагогов, 84% детей имеют представление о гигиене рта, которая заключается в соблюдении элементарных гигиенических норм: дети моют руки перед едой, после нахождения в туалетной комнате, после прогулки. Было отмечено, что все дети не полощут рот и не чистят зубы после еды. Также педагоги начальных классов указали, что, несмотря на регулярное посещение врачей-стоматологов в рамках профилактических осмотров, донесение до детей и их родителей информации о пользе и вреде тех или иных пищевых продуктов, беседы по профилактике вредных привычек, имеются сложности в формировании мотивации детей на сокращение потребления пищи с повышенным содержанием углеводов, в обучении и последующем контроле индивидуальной гигиены рта. В связи с чем педагоги отметили необходимость привлечения специалиста-стоматолога для консультирования педагогов по обучению детей правилам гигиены ротовой полости.

Выводы: дефицит знаний по гигиене рта и низкие практические навыки у детей с нейросенсорной тугоухостью, у их педагогов требует разработки специальных обучающих программ на основе специальной педагогики и стоматологических знаний, для подготовки педагогов и обучения детей. Важно отметить, что развивать у ребенка с нейросенсорной тугоухостью позитивное отношение к здоровому образу жизни и сохранению своего стоматологического здоровья можно только совместными усилиями детских стоматологов, педагогов и родителей, используя различные формы санитарно-просветительской работы.

«РЕНТГЕНЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ»

Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В., Маркеева Е.С., Кругинин О.С.

*ФГБОУ ВО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
СПбПУ им. Петра Великого*

Рентгеноцефалометрический анализ даёт практически исчерпывающую информацию о строении и соотношении костных, зубных и мягкотканых структур лицевого скелета. Однако, важным аспектом является положение головы относительно шеи. Шейный лордоз – естественный изгиб позвоночника

в шейном отделе, состоящем из 7 позвонков (С1-СVII). Различают физиологический и патологический лордоз. Выраженность шейного лордоза на боковой телерентгенограмме позволяет предположить наличие, или отсутствие мышечного спазма, возможную травму. Ориентиром может являться задняя шейная, или спиноламбарная линия, соединяющая передние поверхности основания остистых отростков первого и третьего шейных позвонков. Также, есть данные о физиологическом изгибе шеи 19° - 25° . Гиперлордоз – до 35° , гиполордоз – 12° - 18° соответственно.

Применение цефалостата при выполнении боковых телерентгенограмм (ТРГ) дает возможность зафиксировать положение головы пациента и получить снимок в этом вынужденном положении, но на снимках одного и того же аппарата явно будет видна разница в положении головы и выраженности шейного лордоза у разных пациентов.

При анализе, планировании лечения и прогнозировании развития зубочелюстных аномалий и деформаций выявлена высокая степень корреляции между характером аномалии и положением головы. В. Solow и А. Tallgren изучали естественное расположение головы по углам, образованным плоскостью NS и точками на верхней и нижней задней поверхности II, IV шейных позвонков. А. Bertrang определил угол N-S-Ax = $126,2^{\circ}$ (Ax – точка середины тела С1 – первого шейного позвонка), как норму при оценке положения головы.

Целью нашего исследования был анализ положения головы и шейных позвонков на профильной ТРГ в ежедневной ортодонтической практике.

Материалы и методы: проанализировано 241 боковая телерентгенограмма пациентов в возрасте от 18 до 67 лет. Пациенты разделились на 3 группы по значению угла ANB 1- норма, 2- уменьшение ANB, 3-увеличение ANB. Анализировались величины углов N-S-CI; N-S-CII; N-S-CIII; N-S-CIV. Измерительные точки ставились на середине передней поверхности 4х позвонков, как наиболее четко видимых на боковой ТРГ. Для удобства позвонки обозначались арабскими цифрами.

По результатам измерений получены следующие результаты:

угол	1 гр.	2 гр	3 гр
NSC1	114,4615	113,6562	116,1593
NSC2	111,2059	110,3337	112,8926
NSC3	110,6213	109,7633	112,086
NSC4	111,0101	109,9265	112,3586

Выявлена корреляция между значением угла ANB и углами, образованными шейными позвонками С I-С IV, отсутствие значимых различий в положении позвонков СII, СIII. Полученные данные позволяют проводить более подробную диагностику ортодонтического пациента с целью планирования комплексного лечения.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Акопян А.А.....	48	Карпова Л.С.....	25
Артеменко Ю.Н.....	5	Керимханов К.А.....	26
Беделов Н.Н.....	5	Киба К.А.....	27
Василченко Г.А.....	6	Косач С.А.....	39, 46
Васильева А.М.....	25	Крупинин О.С.....	54
Виноградова Е.С.....	30	Кузьмин И.Э.....	9
Галкина Д.А.....	52	Кячина Т.А.....	27
Гасанов И.....	7	Лунева Ю.А.....	28, 29, 50
Голубева К.А.....	51	Максимчук Н.А.....	30
Гольдштейн Е.В.....	8	Малахова Н.Е.....	31
Гребнев Г.А.....	24	Маркеева Е.С.....	54
Громов А.Л.....	12	Мартынова Е.Ю.....	5
Гук В.А.....	9	Маслова Т.В.....	7, 33, 34, 35, 38
Гулиева А.Ю.....	53	Маслов В.В.....	7, 33
Добрякова Т.В.....	45	Маслов М.В.....	34, 35
Железняк И.С.....	24	Медведева А.В.....	36
Зубкова Н.В.....	46, 54	Морозов С.....	37
Зуйкова М.А.....	10	Мусина Ю.В.....	27
Зыкин А.Г.....	11, 12	Окунева К.К.....	27
Индиаминова Г.Н.....	12	Онищенко Л.Ф.....	27
Иорданишвили А.К.....	6, 14, 16, 19, 21, 22, 23, 28, 44	Осипова В.А.....	38
Кабисов Д.И.....	24	Осипова И.И.....	39
Кардашенко Я.Р.....	33	Попова Е.И.....	40
		Прохорова В.В.....	41

Ратникова А.А.....	43	Фархуллин А.И.....	48, 49
Решетникова О.	37	Фархуллина А.С.	49
Ризаев Ж.А.	12	Федорова А.В.....	29, 50
Савушкина Н.А.	25	Хади Н.А.....	51
Свириденко А.Д.....	23	Хазратов А.И.	12
Солдатова Л.Н.	28, 29, 41, 44, 50, 52	Хапов А.А.....	52
Тегза Н.В.....	45	Цыплакова Т.В.	52
Тимченко В.В.	48	Швецов М.М.	45
Ткаченко Т.Б.....	25, 36, 46, 54	Шевелева Н.Ю.	43, 53
Толстых О.Г.....	27	Щербина Н.Ю.....	10
Фадеев Р.А.....	48		



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.